



**Deklaracja przystąpienia Członka Grupy Otwartej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX**  
PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

GO\_07.2022

Nr polisy

Nazwa Grupy Otwartej

Strona 1 z 2

**Nazwa Ubezpieczającego**



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

**Dane Członka Grupy Otwartej**

Imię  Nazwisko

PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców)  Data urodzenia  Płeć  K  M Obywatelstwa <sup>1)</sup>  (jeśli inne niż polskie)

Zawód wykonywany  Data przystąpienia do Grupy Otwartej<sup>2)</sup>  Dokument tożsamości (seria/numer)

Państwo urodzenia (jeśli inne niż polskie)  Typ dokumentu tożsamości  dowód  paszport  karta pobytu Data ważności dokumentu

Adres zamieszkania

Kod pocztowy  -  Miejscowość  Kraj  (jeśli inny niż Polska)

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Tel. Komórkowy  E-mail

**Składka ochronna**

Podgrupa  X

**Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową**

**Oświadczenie o stanie zdrowia**

Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat stan mojego zdrowia nie uległ istotnemu pogorszeniu, czyli:

- a) nie byłem leczony szpitalnie, ani nie jest planowane takie leczenie (z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu);
- b) nie stwierdzono odchyłań od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc;
- c) nie posiadam orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy lub służby (tzw. renta z tytułu niezdolności do pracy) wydanego przez właściwy organ według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym;
- d) nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą);
- e) nie rozpoznano u mnie którejkolwiek z wymienionych chorób lub stanów chorobowych przewlekłych: choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, wada serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), miażdżyca tętnic, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV.

W przypadku braku możliwości podpisania powyższego Oświadczenia o stanie zdrowia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony kwestionariusz medyczny.

Podpis Członka Grupy Otwartej

1. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte powyżej są prawdziwe i wyczerpujące. Ja, niżej podpisana(y) wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w tej deklaracji oraz innych dokumentach przedłożonych Generali Życie T.U. S.A. w związku z Umową, stanowiły podstawę objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie tej Umowy. Podpisując deklarację, oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych w Umowie i wyrażam jednocześnie zgodę na jej warunki, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu wymaganej zgody na zmianę warunków zastrzeżonej na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej.
2. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostały mi doręczone oraz zapoznałam(em) się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A. (zwaną dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałam(em) się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
4. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup>:

TAK  NIE

**Zgody i Upoważnienia\***

\* O ile nie wyraża Pan/Pani zgody na którekolwiek z poniższych upoważnień, prosimy o jego skreślenie.

1. Wyrażam zgodę na doręczenie wszelkiej dokumentacji związanej z Umową ubezpieczenia oraz korespondencji kierowanej przez Generali Życie T.U. S.A. w trakcie trwania Umowy, na wskazany przeze mnie adres e-mail lub za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta.
2. Wyrażam zgodę, aby Generali Życie T.U. S.A. otrzymywała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, np. szpitali, przychodni lekarskich („Zakłady Lecznicze”), wskazane niżej informacje, w tym informacje o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia i ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia oraz, w przypadku zgłoszenia przeze mnie roszczeń, na otrzymywanie od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o adresach i nazwach Zakładów Leczniczych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych w związku ze zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Generali Życie T.U. S.A. Zakres informacji o moim stanie zdrowia obejmuje: przyczynny hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego, wykonane w ich trakcie badania diagnostyczne i wyniki tych badań, inne udzielone świadczenia zdrowotne oraz wyniki leczenia, wyniki przeprowadzonych konsultacji, przyczynę śmierci i wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. **Brak zgody oznacza brak możliwości przystąpienia do Umowy.**
3. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. innym zakładom ubezpieczeń, na ich żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

✓

✓

✓

**Objaśnienia**

- 1) W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.
- 2) O ile Ubezpieczający nie określił inaczej w odrębnych zapisach, datą nabycia prawa przystąpienia do Umowy jest późniejsza za datę: data początku okresu ubezpieczenia lub data przystąpienia do Grupy Otwartej.
- 3) Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.

**Verte ---->**



**Deklaracja przystąpienia Członka Grupy Otwartej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX**  
PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy

Nazwa Grupy Otwartej

Strona 2 z 2

**Uposażeni** (łącznie wartość powinna wynosić 100%) - Uposażonych można również wskazać/zmienić za pośrednictwem Konta Klienta

**Uposażony 1**

% świadczenia <sup>4)</sup>

Imię/Nazwisko/Nazwa

Forma prawna

NIP i REGON

Data urodzenia

Państwo urodzenia  
(jeżeli inne niż polskie)

Płeć

**Adres zamieszkania**

Kod pocztowy  -

Miejscowość

Kraj   
(jeżeli inny niż Polska)

Ulica, nr domu,  
nr mieszkania

Relacja do  
Ubezpieczonego <sup>5)</sup>

**Uposażony 2**

% świadczenia <sup>4)</sup>

Imię/Nazwisko/Nazwa

Forma prawna

NIP i REGON

Data urodzenia

Państwo urodzenia  
(jeżeli inne niż polskie)

Płeć

**Adres zamieszkania**

Kod pocztowy  -

Miejscowość

Kraj   
(jeżeli inny niż Polska)

Ulica, nr domu,  
nr mieszkania

Relacja do  
Ubezpieczonego <sup>5)</sup>

<sup>4)</sup> Podział % musi się sumować do 100 %

<sup>5)</sup> Relacje do wyboru: mąż/żona, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, partner/partnerka, inny niespokrewniony, odmawiam podania, zawodowe

**Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym**

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią..... (Imię i Nazwisko Partnera) ..... Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)  numer PESEL  w związku nieformalnym

Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie Partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku umów, gdzie strony Umowy przewidziały taką możliwość.

**Pozostałe zgody i oświadczenia**

**Zgoda pozwoli na informowanie o ciekawych produktach i usługach dopasowanych do Twoich potrzeb oraz atrakcyjnych zniżkach dostępnych w ramach Programu Rabatowego Generali.**

- Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe
- Zgadzam się na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, innym podmiotom z Grupy Generali (Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny zarządzany i reprezentowany przez Generali PTE S.A., Generali Investments TFI S.A.) oraz ich przetwarzanie przez te podmioty w ich celach marketingowych. Dane osobowe udostępniane do dalszego przetwarzania obejmują: wszystkie informacje zawarte w formularzach, umowach, wnioskach lub ofertach, w tym informacje o moich produktach finansowych lub ubezpieczeniowych, przedmiotach ubezpieczenia, szkodach i ich likwidacji. Dane będą przetwarzane w celu dostosowania oferty produktów finansowych lub ubezpieczeniowych Grupy Generali do moich indywidualnych potrzeb i preferencji. Moja zgoda dotyczy zarówno danych pozyskanych przed wyrażeniem zgody (w szczególności w toku zawierania i wykonywania poprzednich umów ubezpieczenia), jak również danych zebranych później. Wyrażona zgoda będzie podstawą do udostępniania i przetwarzania danych pozyskanych do czasu jej odwołania. Zgodę mogę wycofać w każdym czasie w sposób opisany w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail/SMS):  
 TAK  NIE
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali poprzez kontakt telefoniczny:  
 TAK  NIE
- Zostałam(em) poinformowana(y), że Generali Życie T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data

Podpis Członka Grupy Otwartej

Podpis osoby upoważnionej przez Pośrednika