



Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP11_C/CM_GL_ZG4)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

1-304-11.2019

Nr wniosku/Nr polisy

9 0 0 0 0 0 1 0 0 1 2

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Stowarzyszenie Euroubezpieczeni



GRUP 02 Deklaracje przystąpienia

Dane Pracownika

Imię: JAN Nazwisko: KOHALSKI
 PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców): 8002011111111111 Data urodzenia: 01 02 1980 Obywatelstwo¹⁾:
 Zawód wykonywany: INŻYNIER Data zatrudnienia²⁾:
 Adres do korespondencji:
 Kod pocztowy: 00-100 Mięscowosc: WARSZAWA Kraj:
 Ulica, nr domu, nr mieszkania: LIPOWA 1/12
 Tel. Komórkowy*: 606010101 E-mail*: KOHALSKI@KP.PL

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

- Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i wyczerpujące. Ja, niżej podpisany 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.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostały mi doręczone oraz zapoznałem się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A., w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałem się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim³⁾ zasilku rehabilitacyjnym. Osoba hospitalizowana/przebywająca na zwolnieniu lekarskim/zasilku rehabilitacyjnym nie może przystąpić do Umowy. Nie dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych przystępujących do Umowy w dniu jej zawarcia.
- Dotyczy Pracowników przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa: Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałem na zwolnieniu lekarskim³⁾ trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub dłużej:

TAK NIE

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny (dostępny u Ubezpieczającego, w oddziałach lub na stronie www.generali.pl).

Zgody i Upoważnienia

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

ODPOWIEDNIO ZAZNACZYĆ

- 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.
- 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: przyczyny 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.
- 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 ubezpieczonego 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.

Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

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

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

Składka ochronna

Proszę zaznaczyć wybrany wariant: ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIO

W1 84,00 zł W2 59,00 zł W3 49,00 zł

Data: 20 05 2020

Podpis Pracownika: Jan Kowalski

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->



Deklaracja przystąpienia Pracownika
do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP11_C/CM_GL ZG4)
Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

9 0 0 0 0 0 1 0 0 1 2

Strona 2 z 2

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

- Jako Uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej w wysokości kwoty odprawy pośmiertnej wyznaczam osoby uprawnione zgodnie z Art. 93 Kodeksu Pracy. Jednocześnie upoważniam Pracodawcę do przekazania Towarzystwu informacji o danych osób uprawnionych wraz z podaniem wysokości należnego im świadczenia.
Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania części świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej pozostaje po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, o której mowa powyżej lub/1 z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących mojej śmierci wyznaczam:

Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia
KOWALSKA ANNA	ul. LIPOWA 1/12 00-100 WARSZAWA	01 03 1981	100

Pozostałe zgody i oświadczenia **ODPOWIEDNIO ZAPRACOWANO**

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

- Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebrane przez Generali Życie T.U. S.A. takie jak imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia w Generali Życie T.U. S.A. (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową były udostępnione i dalej przetwarzane przez inne podmioty z grupy Generali, tj. Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., oraz Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny z siedzibami przy ul. Postępu 15B; 02-676 Warszawa, w ich własnych celach marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie klientów w celu poznania ich potrzeb oraz przygotowania odpowiedniej oferty.
- Wyrażam zgodę, na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali informacji promocyjnych oraz ofert towarów i usług za pośrednictwem: wiadomości e-mail TAK NIE telefonu (w tym SMS) TAK NIE
- Zostałem poinformowany, że Generali Życie T.U. S.A. udostępniła za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data 20 05 2020

Podpis Pracownika
Jan Kowalski

Objaśnienia

- W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.
 - Data zatrudnienia – pierwsza data nawiązania pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy, członkostwa bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku.
 - Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.
- * Podany numer telefonu komórkowego służy do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta. Korzystanie z Konta Klienta odbywa się na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną (zwanym dalej „Regulaminem”), którego treść dostępna jest m.in. na stronie konto.generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu do Konta Klienta. Korzystanie z Konta Klienta wymaga akceptacji Regulaminu. O ile wyraził Pan/Pani zgodę na przekazywanie przez grupę Generali informacji o produktach, promocjach lub zniżkach, podany nr telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.