



--



Imię i nazwisko																																		
Data urodzenia	DD	MM	RR	RR	PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)										Obywatelstwo ²⁾ (jeśli inne niż polskie)																			
Zawód wykonywany											Data zatrudnienia ³⁾										DD	MM	RR	RR										

[illegible]

☐ za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konta Klienta ☐ na wskazany przeze mnie adres e-mail lub na innym trwałym nośniku informacji

[illegible]

Podany numer telefonu komórkowego służy także do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta.

Podgrupa nr:		Wysokość składki:		w kwocie lub w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto
--------------	--	-------------------	--	---

1. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte powyżej są prawdziwe i wyczerpujące. Ja, niżej podpisan(a) 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 zostałam (byłam) poinformowana (byłam) o warunkach, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A. (zwana dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max⁽¹⁾, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.

3. Oświadczam, że w dniu wypełnienia niniejszej Deklaracji:

a) jestem hospitalizowany ☐ TAK ☐ NIE b) przebywam na ponad 14 – dniowym zwolnieniu lekarskim⁽⁴⁾ ☐ TAK ☐ NIE

W przypadku zaznaczenia w pkt. a) lub w pkt. b) odpowiedzi TAK, konieczne jest dołączenie do niniejszej Deklaracji dokumentacji potwierdzającej okres i warunki objęcia ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia. Dotyczy wyłącznie osób przystępujących w dacie zawarcia Umowy.

4. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałam na zwolnieniu lekarskim trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub więcej ☐ 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). Dotyczy osób przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa.

5. ☐ Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia – z wyłączeniem wyników badań genetycznych - w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

6. ☐ Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

7. ☐ Upoważniam Generali Życie T.U. S.A. do udostępnienia na żądanie innego zakładu ubezpieczeń przetwarzanych przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta Umowa, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Umowy i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawniającego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub jego wysokości.

8. Komunikat informacyjny

Ubezpieczycielem i administratorem danych osobowych pozostałe Generali Życie T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania Umowy oraz - w ramach usprawiedliwionego celu administratora - dla potrzeb marketingu produktów i usług własnych administratora. O ile Pani/Pan wyrazi odrębną zgodę dane mogą być przetwarzane dla celów marketingowych także w przyszłości albo udostępnione do podmiotów z Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A. z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne i przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania, jak również prawo odwołania zgody.

Data	DD	MM	RRRR	Podpis Pracownika	Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego
------	----	----	------	-------------------	--

Generali Życie T.U. S.A., 02-676 Warszawa, ul. Postępu 15B, spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952. NIP: 521-28-87-341, kapitał zakładowy 63.500.000 PLN, w pełni opłacony. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod nr 26.



Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX¹⁾ (DP5_C/CM_GL)

Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

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/pozostają po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, o której mowa powyżej lub/i z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących mojej śmierci wyznaczam:

Nazwisko i imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia
		DD MM RRRR	
		DD MM RRRR	
		DD MM RRRR	

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią PESEL/Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) w związku nieformalnym.

(Imię i Nazwisko Partnera)

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 przewidywały taką możliwość.

Pozostałe oświadczenia

- ☐ Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A. z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych tych podmiotów.
- ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A. oraz podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce.
- ☐ 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.

Składka inwestycyjna (należy wypełnić jedynie w przypadku gdy Umowa jest rozszerzona o Umowę Dodatkową z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi)

UWAGA !!! PRZED PODPISANIEM DEKLARACJI NALEŻY ZAPOZNAĆ SIĘ Z ZASADAMI WYPEŁNIANIA ANKIETY ADEKWATNOŚCI

Proszę zaznaczyć jedno z poniższych oświadczeń

- ☐ Oświadczam, iż odmawiam wypełnienia ankiety adekwatności. Jestem świadoma/y, że w związku z powyższym Towarzystwo nie ma możliwości dokonania oceny, czy Umowa Dodatkowa do której przystępuję jest dla mnie odpowiednia.
- ☐ Oświadczam, iż przed przystąpieniem do Umowy Dodatkowej przeprowadzona została ankieta adekwatności, na podstawie której Towarzystwo wygenerowało Rekomendację. Niniejsza deklaracja przystąpienia została wypełniona zgodnie z przedstawioną Rekomendacją.
- ☐ Oświadczam, iż przed przystąpieniem do Umowy Dodatkowej przeprowadzona została ze mną ankieta adekwatności, na podstawie której Towarzystwo wygenerowało Rekomendację. Przystępując do Umowy Dodatkowej z UFK nie skorzystam z przedstawionej Rekomendacji.

Opłacana ze środków Pracownika: w kwocie lub w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto

Opłacana ze środków Pracodawcy: w wysokości wskazanej przez Pracodawcę.

Podział składki inwestycyjnej

Ustanawiam następujący podział składki inwestycyjnej opłacanej z moich środków pomiędzy fundusze:

<input type="checkbox"/> zgodnie z Alokacją Modelową							
<input type="checkbox"/> zgodnie z wskazaniem poniżej							
Grupowy Agresywny	Grupowy Mieszany	Grupowy Obligacji	Zabezpieczenia Emerytalnego	Gwarantowany Plus	Inny	Razem	
						1 0 0 %	

Ustanawiam następujący podział składki inwestycyjnej opłacanej ze środków Pracodawcy pomiędzy fundusze:

Grupowy Agresywny	Grupowy Mieszany	Grupowy Obligacji	Zabezpieczenia Emerytalnego	Gwarantowany Plus	Inny	Razem
						1 0 0

UWAGA! W przypadku braku wskazania podziału, składki inwestycyjne będą alokowane w Fundusz Grupowy Obligacji.

Data	DD MM RRRR	Podpis Pracownika	Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego