



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

GO\_04.2019

Nr polisy

Nazwa Grupy Otwartej

Strona 1 z 2

**Nazwa Ubezpieczającego**



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

**Dane Członka Grupy Otwartej**

|  |                      |  |                      |
|--|----------------------|--|----------------------|
| <b>Imię</b>                                      | <input type="text"/> | <b>Nazwisko</b>  | <input type="text"/> |
| <b>PESEL/nr Paszportu</b><br>(dla obcokrajowców) | <input type="text"/> | <b>Data urodzenia</b>                                    | <input type="text"/> |
| <b>Zawód wykonywany</b>                          | <input type="text"/> | <b>Data przystąpienia do Grupy Otwartej<sup>2)</sup></b> | <input type="text"/> |
| <b>Adres do korespondencji</b>                   |                      |  |                      |
| <b>Ulica, nr domu, nr mieszkania</b>             | <input type="text"/> |  |                      |
| <b>Kod pocztowy</b>                              | <input type="text"/> | <b>Miejscowość</b>                                       | <input type="text"/> |
| <b>Tel. Komórkowy</b>                            | <input type="text"/> | <b>E-mail</b>  | <input type="text"/> |

**Składka ochronna**

Podgrupa

**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, zączy, 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), miażdżycza 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**

- 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.
- 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.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałam(em) się z treścią Klauzuli Informacyjnej, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup>:  
☐ TAK ☐ NIE
- Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałam Generali Życie T.U. S.A. w celu przystąpienia do niniejszej Umowy i jej wykonania, tj. współubezpieczonych lub uposażonych (w przypadku osób niepełnoletnich - opiekunów prawnych), z treścią Klauzuli Informacyjnej, dotyczącej przetwarzania danych osobowych przekazaną mi przez Generali Życie T.U. S.A.

**Zgody i Upoważnienia\***

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

- 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.
- 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.

✓ **Data**

✓ **Podpis Członka Grupy Otwartej**

✓ **Podpis osoby upoważnionej przez Pośrednika**

**Objaśnienia**

Verte --->

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 dat: 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.



Strona 2 z 2

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

| Nazwisko i Imię | Adres | Data urodzenia |   |   |   | % świadczenia |   |   |   |
|-----------------|-------|----------------|---|---|---|---------------|---|---|---|
|                 |       | D              | D | M | M | R             | R | R | R |
|                 |       | D              | D | M | M | R             | R | R | R |
|                 |       | D              | D | M | M | R             | R | R | R |

## Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią.....  
( Imię i Nazwisko Partnera)

numer PESEL.....  
Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)..... 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 oświadczenia. Wyrażenie zgody umożliwi przekazywanie informacji o produktach, promocjach lub zniżkach oferowanych przez grupę Generali**

1. ☐ 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.
2. 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
3. Zostałem(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 |                          |  |  |  |
|------|---------------------------|---------------------------|---|--------------------------|--|--|--|--------------------------|--|--|--|
| ✓    | <div>D</div> <div>D</div> | <div>M</div> <div>M</div> | <div>R</div> <div>R</div> <div>R</div> <div>R</div> | <div>✓</div> <div></div> |  |  |  | <div>✓</div> <div></div> |  |  |  |

## ZAŁĄCZNIK - KLAUZULA INFORMACYJNA - Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „RODO”) informujemy, że:

## I. Administrator danych osobowych

My, Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., (dalej jako: Generali Życie T.U. S.A.) z siedzibą przy ul. Postępu 15B (02-676 Warszawa) jesteśmy Administratorem Pana/Pani danych osobowych.

## II. Grupa Generali

Grupę Generali tworzą spółki: Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., z siedzibami przy ul. Postępu 15B; 02-676 Warszawa. W ramach Generali PTE S.A. administratorami danych osobowych są Generali Otwarty Fundusz Emerytalny i Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny.

### III. Cele i podstawy przetwarzania

Będziemy przetwarzać Pana/Pani dane:

1. w celu przystąpienia / zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie Pana/Pani zainteresowania naszą ofertą (podstawa z art. 6 ust 1 lit. b RODO);
2. w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie obowiązku z art. 4 ust. 8 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej<sup>1)</sup> (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
3. w celu wypełnienia obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu na podstawie obowiązku z art. 33-46 ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu<sup>2)</sup>, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
4. w celu wypełnienia obowiązków związanych z raportowaniem FATCA na podstawie obowiązku z art. 4 ustawy wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA<sup>3)</sup>, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
5. w celu wypełnienia obowiązków związanych z raportowaniem CRS na podstawie obowiązku z art. 33 oraz 36 ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami<sup>4)</sup>, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
6. w celu rozpatrywania reklamacji na podstawie obowiązku z art. 3-10 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym<sup>5)</sup> (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
7. w celu ewentualnego podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, w tym profilowania zgłoszeń szkód ubezpieczeniowych pod kątem potencjalnych przestępstw w celu pogłębienia badania zgłoszenia, będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym oraz obrony przed nadużyciami, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
8. w celach analitycznych (doboru usług do potrzeb naszych Klientów, optymalizacji naszych produktów w oparciu także o Pana/Pani uwagi na ich temat i Pana/Pani zainteresowanie, itp.) będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
9. w celach archiwalnych (dowodowych) będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
10. w celu reasekuracji ryzyk będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
11. w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
12. w celu badania satysfakcji Klientów będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu określania jakości naszej obsługi oraz poziomu zadowolenia naszych Klientów z produktów i usług, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpił Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);

13. w celu oferowania Panu/Pani przez nas zniżek w ramach programów lojalnościowych będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
14. w celu oferowania Panu/Pani przez nas produktów i usług podmiotów z Grupy Generali bezpośrednio (marketing bezpośredni), w tym dobierania ich pod kątem Pana/Pani potrzeb, czyli profilowania, za Pana/Pani dobrowolną zgodą (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO);
15. dodatkowo, w celu oceny ryzyka oraz realizacji umowy ubezpieczenia będziemy przetwarzać dane osobowe dotyczące Pana/Pani zdrowia na podstawie zgody (w związku z art. 9 ust. 2 lit. a) RODO).

#### IV. Odbiorcy danych

1. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać ujawnione podmiotom z Grupy Generali, naszym partnerom, czyli firmom, z którymi współpracujemy łącząc produkty lub usługi, zakładom reasekuracji. Do Pana/Pani danych mogą też mieć dostęp nasi podwykonawcy (podmioty przetwarzające) np. firmy księgowe, prawnicze, informatyczne, likwidatorzy szkód, wykonawcy usług w ramach likwidacji szkód.
2. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać ujawnione naszym partnerom znajdującym się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, z którymi współpracujemy łącząc produkty i usługi. W przypadku danych przekazywanych do Stanów Zjednoczonych, odbywa się to na podstawie regulacji Privacy Shield. Odbiorcy z siedzibą w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym wdrożyli odpowiednie lub właściwe zabezpieczenia Pana/Pani danych osobowych. Przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania kopii przekazanych danych osobowych.
- V. Prawa osób, których dane dotyczą:**
- Zgodnie z RODO, przysługuje Panu/Pani:
- a) prawo do wycofania zgody (tam, gdzie podstawą prawną przetwarzania jest zgoda);
  - b) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
  - c) prawo sprostowania (poprawiania) swoich danych;
  - d) prawo usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
  - e) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
  - f) prawo przenoszenia danych tj. do otrzymania od administratora Pana/Pani danych osobowych, wustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które można przesłać innemu administratorowi;
  - g) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

## VI. Informacja o wymogu podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową i dokonaniem oceny ryzyka jest konieczne do przystąpienia / zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie / przystąpienie do umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są pod adresem <https://www.generali.pl/nota-prawna.html>

- 1) Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
- 2) Ustawa z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
- 3) Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA
- 4) Ustawa z dnia 9 marca 2017r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
- 5) Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym