

## Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP10\_C/CM\_GL ZG4)

Niniejsza Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

1-304-04,2019

Nr wniosku/Nr polisy

[illegible]

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

--



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

## Dane Pracownika

Imię										Nazwisko																			
PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców)										Data urodzenia										Obywatelstwo <sup>1)</sup> (jeśli inne niż polskie)									
Zawód wykonywany										Data zatrudnienia <sup>2)</sup>																			
Adres do korespondencji																													
Ulica, nr domu, nr mieszkania																													
Kod pocztowy										Miejscowość										Kraj (jeśli inny niż Polska)									
Tel. Komórkowy*										E-mail*																			

### Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

1. 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.
  2. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostałam mi **doręczona oraz zapoznałam się z warunkami, o których stanowi Ubezpieczający z Generali Życie T.U. S.A., w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max, Skopowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.**
  3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałam się z treścią Klauzuli Informacyjnej, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
  4. Oświadczam, że w dniu wypowiedzenia niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup>/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.*
5. **Dotyczy Pracowników przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa:** Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałam na zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup> 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](http://www.generali.pl)).*

6. Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałem Generali Życie T.U. S.A.w celu mojego przystąpienia do Umowy i jej wykonania, tj. współubezpieczonych lub uposażonych (w przypadku osób niepełnoletnich - opiekunów prawnych), z treścią Klauzuli Informacyjnej, stanowiącej Załącznik do niniejszej Deklaracji.

## 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 Konta 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 udzieliły 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.
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 ubezpieczanego 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 ożwinceniu 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 obcokrajowców)..... w związku nieformalnym.

Wskazanie Partnera (Konkubenta) oznacza, że ochroną 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 przewidywały taką możliwość.

## Składka ochronna

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

**Data**

✓ 

D	D
---	---

M	M
---	---

R	R	R	R
---	---	---	---

✓ Podpis Pracownika

✓ Podpis Pracownika

✓ Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

✓ Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->

