



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

Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

Strona 1 z 2

Nazwa lub pieczęć Ubezpieczającego/Pracodawcy



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane Pracownika

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL/nr Paszportu
(w przypadku obcokrajowców)Obywatelstwo ²⁾
(jeśli inne niż polskie)Zawód
wykonywanyData zatrudnienia³⁾

Adres do korespondencji

Ulica, nr domu,
nr mieszkania

Miejscowość

Kod
pocztowyKraj (jeśli inny
niż Polska)

Wyrażam zgodę na doręczenie wszelkiej dokumentacji związanej z Umową, w tym rocznych informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy oraz wartości wykupu ubezpieczenia, a także dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego przystąpienie do Umowy (certyfikatu) oraz korespondencji kierowanej przez Generali Życie T.U. S.A. w trakcie trwania Umowy, o ile zapisy OWU nie stanowią inaczej:

☐ za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta

☐ na wskazany przeze mnie adres e-mail lub na innym trwałym nośniku informacji

Tel. komórkowy

E-mail

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

Składka ochronna

Podgrupa nr:

Wysokość składki:

w kwocie lub w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto

Oświadczenia

- 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 choć 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 zostałam mi doręczone oraz zapoznałam(ę) 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 Max¹⁾. Skorowidzem, zakresam ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
 - Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji:
 - a) jestem hospitalizowany ☐ TAK ☒ NIE b) przebywam na ponad 14 – dniowym zwolnieniu lekarskim⁴⁾ ☐ 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.
 - 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.
 - ☐ 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.
 - ☐ 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.
 - ☐ 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 uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub jego wysokości.
 - Komunikat informacyjny
- Ubezpieczycielem i administratorem danych osobowych pozostaje 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 usprawnionego 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

Podpis Pracownika

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

VERTE →

Objaśnienia

¹⁾ Wybierz właściwą wersję produktu.

²⁾ W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.

³⁾ 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.

⁴⁾ Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.

