



Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

☐ Współmałżonek Pracownika
☐ Partner (Konkubent) Pracownika
☐ Pełnoletnie dziecko Pracownika



w kwocie

Podpis osoby przystępującej do Umowy

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Podpis Pracownika

UZUPEŁNIA PRACOWNIK
WPISUJE SWOJE DANE

↑ PODPIS PRACOWNIKA VERTE →



Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾ (DCR5_C/CM_GL)

Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Strona 2 z 2

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

Nazwisko i imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia
Nazwisko i imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia
Nazwisko i imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia

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

Opłacana ze środków Pracodawcy: w wysokości wskazanej przez Pracodawcę.

Podział składki inwestycyjnej

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

Grupowy Agresywny	Grupowy Mieszany	Grupowy Obligacji	Zabezpieczenia Emerytalnego	Gwarantowany Plus	Inny	Razem
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 0 0

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

Data

Podpis osoby przystępującej do Umowy

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Objaśnienia

- Wybierz właściwą wersję produktu.
- W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.
- Uzupełnić w przypadku przystąpienia do Umowy Współmałżonka ubezpieczonego Pracownika.
- Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny