GENERALI
Ubezpieczenia grupowe

Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max[1)] (DP2_C/CM_GL)

Nazwa Ubezpieczającego*

Nr polisy*

GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane o Pracowniku

Nazwisko*

Imię*

Data urodzenia* d d m m r r r r

PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)*

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)*

Zawód wykonywany*

Adres do korespondencji

Ulica*

Nr domu*

Nr mieszkania*

Kod pocztowy* -

Miejscowość*

Tel. komórkowy*

E-mail

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, itp.

Uposażeni

Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania świadczenia w przypadku mojej śmierci wyznaczam:

Lp.	Nazwisko*	Imię*	Data urodzenia*	Adres stałego zamieszkania* (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)	% sumy ubezpieczenia*
				Razem	100%

Oświadczenia

1. Wyrażam zgodę na objęcie mojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia wynikającą z Umowy oraz upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu wymaganej zgody na zmianę warunków zastrzeżonej na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Pełnomocnictwo obejmuje także umocowanie do ustanawiania dalszych pełnomocników.
2. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji:
   a) jestem hospitalizowany(a) ☐ TAK ☐ NIE
   b) przebywam na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim ☐ 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.
3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub więcej ☐ TAK ☐ NIE
   W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK oraz sumy ubezpieczenia w wysokości, co najmniej 100 000 zł, do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny (dostępny u Ubezpieczajacego, w oddziałach lub na stronie www.generali.pl).
4. Wyrażam zgodę na przekazanie na żądanie Generali Życie T.U. S.A. przez podmioty, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. Nr 112, poz. 654) o działalności leczniczej, które udzielały mi lub udzielać będą świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz Umowy i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom diagnostycznym, włącznie z pobraniem krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV, z wyłączeniem badań genetycznych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych zawartych w deklaracji przystąpienia w celu niezbędnym do obsługi i wykonywania Umowy Ubezpieczenia.
6. ☐ Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych Generali T.U. S.A., Generali Otwarty Fundusz Emerytalny reprezentowany przez Generali PTE S.A. oraz Generali Finance sp. z o.o. z siedzibami w Warszawie przy ul. Postępu 15B, w celu marketingowym oraz analitycznym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być w każdym czasie odwołane.
7. ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w deklaracji przystąpienia przez Generali T.U. S.A., Generali Otwarty Fundusz Emerytalny reprezentowany przez Generali PTE S.A. oraz Generali Finance sp. z o.o. z siedzibami w Warszawie przy ul. Postępu 15B, w celu marketingowym oraz analitycznym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być w każdym czasie odwołane.
8. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe zawarte w deklaracji przystąpienia będą przetwarzane przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna jako administratora tych danych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B, w celu niezbędnym do obsługi i wykonania Umowy, w celu analitycznym oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług, a także w celu wykonywania obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 46, poz. 276). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści tych danych oraz ich poprawiania.
9. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej promującej usługi wskazanych wyżej podmiotów przesłanej za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
10. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany/a, że Towarzystwo udostępnia za pośrednictwem internetu serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.
    Korzystanie z Konta Klienta odbywa się na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną (zwanym dalej „Regulaminem"), którego treść dostępna jest w Koncie Klienta oraz na stronie internetowej Towarzystwa www.generali.pl. Korzystanie z Konta Klienta wymaga akceptacji Regulaminu.
    Klucz aktywacyjny umożliwiający zarejestrowanie się w Koncie Klienta zostanie przekazany za pośrednictwem SMS na podany w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia numer telefonu.
    Klucz aktywacyjny nie zostanie wysłany, jeżeli został przekazany w związku z poprzednio zawartą umową indywidualnego ubezpieczenia lub przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia albo jeżeli wcześniej korzystano z usług serwisu informacyjno-transakcyjnego o nazwie Portal.

Data* d d m m r r r r

Podpis Pracownika*

1-304-01.2013

Generali Życie T.U S.A
ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, Tel. 0 801 343 343, +48 22 543 05 43, Fax. +48 22 543 09 08
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952
Kapitał zakładowy: 61.000.000 PLN w pełni opłacony; NIP: 521-28-87-341. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26.

Składki - część dla Ubezpieczającego (wypełnia Pracownik)

Ja, niżej podpisany(a) …….. deklaruję następujące wysokości składek:
(imię i nazwisko Pracownika)

Składka ochronna

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

Podgrupa		W 1			W 2			W 3	

Składka inwestycyjna

Opłacana z środków:	Pracownika	Pracodawcy
w kwocie	zł	zł
w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto		

Data
d d m m r r r r

Podpis Pracownika

Składki - część dla Towarzystwa

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia, 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[1)], zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.

Deklaruję następujące wysokości składek, które będą przelewane na rachunek Towarzystwa z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max [1)]:

Składka ochronna

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

Podgrupa		W 1			W 2			W 3	

Składka inwestycyjna

Opłacana z środków:	Pracownika	Pracodawcy
w kwocie	zł	zł
w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto		

Podział składki inwestycyjnej

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

Grupowy Agresywny	Grupowy Mieszany	Grupowy Obligacji	Zabezpieczenie Emerytalne	Razem
				100 %

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

Grupowy Agresywny	Grupowy Mieszany	Grupowy Obligacji	Zabezpieczenie Emerytalne	Razem
				100 %

Data*
d d m m r r r r

Podpis Pracownika*

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Ja, niżej podpisany(a) …….. oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią[1)]
(imię i nazwisko Ubezpieczonego)

……, numer PESEL* w związku nieformalnym.
(imię i nazwisko Konkubenta)

Data
d d m m r r r r

Podpis Pracownika

Wypełnia Ubezpieczający

Data zatrudnienia u Ubezpieczającego*[2)]
d d m m r r r r

Data*
d d m m r r r r

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego*

Objaśnienia

*) Pola obowiązkowe do wypełnienia

[1)] Niepotrzebne skreślić

[2)] 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;

Wypełnia Towarzystwo

Wpłynęło w dniu:
d d m m r r r r

Data nabycia prawa:
d d m m r r r r

Podpis Operatora