



# Deklaracja przystąpienia Członka Grupy Otwartej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM-MAX<sup>1)</sup>

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

GO\_07.2017

Nr wniosku/ Nr polisy

9722729

Nazwa Grupy Otwartej

Celnicy PL - Grupa Otwarta

Strona 1 z 2

## Nazwa Ubezpieczającego

Związek Zawodowy Celnicy PL



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

## Dane Członka Grupy Otwartej

Imię i nazwisko

Data urodzenia

DD MM RRRR

PESEL/nr Paszportu

(w przypadku obcokrajowców)

Zawód  
wykonywanyData przystąpienia do Grupy  
Otwartej<sup>3)</sup>Obywatelstwo<sup>2)</sup>

(jeśli inne niż polskie)

Adres do korespondencji

Ulica, nr domu,  
nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

(jeśli inny niż Polska)

Tel. komórkowy

E-mail

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

## Składka ochronna

Podgrupa\*

W1 - 69,00 zł

W2 - 96,00 zł

\*proszę zaznaczyć "x" przy wybranym wariancie

## Oświadczenia

### Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat stan mojego zdrowia nie uległ istotnemu pogorszeniu, czyli:

- nie byłem(am) leczony(a) szpitalnie, ani nie jest planowane takie leczenie (z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu);
- nie stwierdzano odchyłań od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc.

Jednocześnie oświadczam, że:

- nie pozostawałem(am) niezdolny(a) do pracy dłużej niż 30 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy;
- 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;
- nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą);
- 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), cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne, 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 zostałam 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<sup>1)</sup>, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim<sup>4)</sup>:  
☐ TAK ☐ NIE

### 4. 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 usprawiedliwionego 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.

## 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.
- 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.

Data

DD MM RRRR

Podpis Członka Grupy Otwartej

Podpis osoby upoważnionej przez Pośrednika

## Objaśnienia

Verte ---&gt;

1) Wybierz właściwą wersję produktu.

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

3) O ile Ubezpieczający nie określił inaczej w odrębnych zapisach, data nabycia prawa przystąpienia do Umowy jest późniejsza za datę: data początku okresu ubezpieczenia lub data przystąpienia do Grupy Otwartej.

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



# Deklaracja przystąpienia Członka Grupy Otwartej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/GERTUM-MAX<sup>1)</sup>

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr wniosku/ Nr polisy

9722729

Nazwa Grupy Otwartej

Celnicy PL - Grupa Otwarta

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
		<div><div>DD</div><div>MM</div><div>RRRR</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
		<div><div>DD</div><div>MM</div><div>RRRR</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>
		<div><div>DD</div><div>MM</div><div>RRRR</div></div>	<div><div></div><div></div><div></div></div>

**Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym**

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią..... w związku nieformalnym.  
(Imię i Nazwisko Partnera) Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) numer PESEL

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**

- ☐ 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.

**Oświadczenie Ubezpieczonego - część dla Brokera****Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpienia do Celnicy PL - Grupa Otwarta przez Europejskie Konsorcjum Ubezpieczeniowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie 00-697, Al. Jerozolimskie 47/12, zgodnie z przepisami ustawy z 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.). Podanie danych jest dobrowolne. Każdy ma prawo dostępu do swoich danych oraz ich poprawiania.

**Zgoda na przysyłanie dokumentów w formie elektronicznej**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na prowadzenie z Europejskim Konsorcjum Ubezpieczeniowym Sp. z o.o. korespondencji w formie elektronicznej, w tym na złożenie wniosku o przystąpienie do ubezpieczenia oraz deklaracji wstąpienia do Celnicy PI - Grupa Otwarta.

**Zgoda marketingowa**

Wyrażam zgodę na przysyłanie na mój adres e-mail oraz adres korespondencyjny ofert handlowych przez Europejskie Konsorcjum Ubezpieczeniowe Sp. z o.o. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Europejskie Konsorcjum Ubezpieczeniowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie 00-697, Al. Jerozolimskie 47/12, jako administratora danych osobowych, w celu marketingowym oraz analitycznym.

✓ Data 

DD

MM

RRRR

 ✓ Podpis Członka Grupy Otwartej  ✓ Podpis osoby upoważnionej przez Pośrednika