



Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

[illegible]

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy	

\_\_\_\_\_



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

### Dane Pracownika

Imię i nazwisko																											
Data urodzenia	DD	MM	RRRR	PESEL/nr paszportu (w przypadku obcokrajowców)							Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) <sup>2)</sup>																
Zawód wykonywany											Data zatrudnienia Pracownika u Ubezpieczającego <sup>3)</sup>	DD	MM	RRRR													
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 także do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta, itp.  
Podany adres e-mail służy przesyłaniu istotnych informacji dotyczących umowy ubezpieczenia

## Składka ochronna

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

**Uposażeni** (łączna wartość powinna wynosić 100%)

Nazwisko i imię		Adres		Data urodzenia	DDMMRRRR	% sumy ubezpieczenia			9
Nazwisko i imię		Adres		Data urodzenia	DDMMRRRR	% sumy ubezpieczenia			9
Nazwisko i imię		Adres		Data urodzenia	DDMMRRRR	% sumy ubezpieczenia			9

### Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Ja, niżej podpisany(a) ..... oświadczam, że pozostaję z Panem/ Panią<sup>1)</sup>  
(Imię i Nazwisko Ubezpieczonego)

....., numer PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 w związku nieformalnym.  
(Imię i Nazwisko Konkubenta)

## 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.
2. 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<sup>1)</sup>, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
3. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji:
- a) jestem hospitalizowany ☐ TAK ☐ NIE
- b) przebywam na ponad 14- dniowym zwolnieniu lekarskim<sup>2)</sup> ☐ 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 ubezpieczenia.
4. 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 250 000 zł, do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny (dostępny u Ubezpieczającego, w oddziale lub na stronie [www.generali.pl](http://www.generali.pl)).
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. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej od wskazanych wyżej podmiotów
9. Wyrażam zgodę na przekazanie na żądanie Generali Życie T.U. S.A. przez inne zakłady ubezpieczeń oraz podmioty, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej - tekst jednolity z dnia 7 grudnia 2012 r. (Dz.U. 2013 nr 0 poz. 217), które udzielił 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 umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o stanie mojego zdrowia psychicznego, oraz o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom diagnostycznym, włącznie z pobraniem krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV, z wyłączeniem badań genetycznych.
10. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe, w tym dane objęte tajemnicą ubezpieczeniową, będą przetwarzane przez Generali Życie T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 15 B, w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia, w celu analitycznym oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług, a także w celu wykonania obowiązków wynikających z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania.
11. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że Towarzystwo udostępnia za pośrednictwem strony internetowej [konto.generali.pl](http://konto.generali.pl) serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data	Podpis Pracownika	Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego
DD MM RRRR		

## Objaśnienia

1) Niepotrzebne skreślić.

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

<sup>3)</sup> 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.

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

**Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy\***[illegible]

### Dane Pracownika\*

[illegible][illegible]

### Składka inwestycyjna

Opłacana ze środków Pracownika:	w kwocie/w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto
---------------------------------	---

**Opłacana ze środków Pracodawcy:** w wysokości wskazanej przez Pracodawcę.

### Podział składki inwestycyjnej

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

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

1	0	0
---	---	---

O ile nie ma stosownych postanowień w Umowie ubezpieczenia, ustanawiam następujący podział składki inwestycyjnej opłacanej ze środków Pracodawcy pomiędzy fundusze:

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

1	0	0
---	---	---

UWAGA! W przypadku braku wskazania podziału składki lub wskazania nie sumującego się do 100%, składki inwestycyjne będą alokowane w Fundusz Grupowy Obligacji.

✓	D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---

✓	
---	--

✓	
---	--

## Objaśnienia

\* Należy wypełnić jedynie w przypadku dołączania do umowy dodatkowej.