Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX
Niniejszą Deklarację należy niezwłocznie przekazać Ubezpieczającemu
PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

90000785578
Nr polisy

Związek Zawodowy CELNICY PL
Ubezpieczający

Izba Administracji Skarbowej

Dane Funkcjonariusza/Pracownika zgłaszającego Członka Rodziny

Imię i nazwisko	PESEL

Dane Członka Rodziny

Osoba przystępująca do Umowy
☐ Współmałżonek Funkcjonariusza/Pracownika ☐ Partner (Konkubent) Funkcjonariusza/Pracownika ☐ Pełnoletnie Dziecko Funkcjonariusza/ Pracownika

Imię	Nazwisko	Płeć
		☐kobieta ☐mężczyzna

Data urodzenia	PESEL	Państwo urodzenia	Obywatelstwo
			☐ polskie i/lub ☐ jakie:

Typ dokumentu tożsamości	Seria/nr dokumentu tożsamości	Data ważności dokumentu tożsamości
☐ dowód ☐ mdowód ☐ paszport ☐ karta pobytu		

Data zawarcia związku małżeńskiego (wypełnia Współmałżonek Pracownika)	Zawód wykonywany

Adres zamieszkania

E-mail	Telefon komórkowy

Miejscowość	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania

Kod pocztowy	Poczta	Kraj
		☐Polska ☐inny – jaki:

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

1. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i wyczerpujące. Ja, niżej podpisany 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.
2. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostały mi **doręczone oraz zapoznałem się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A., w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.**
3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałem się z treścią Informacji o Przetwarzaniu Danych Osobowych przez **Generali Życie T.U. S.A.**
4. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny) / zasiłku rehabilitacyjnym.
   Osoba hospitalizowana/przebywająca na zwolnieniu lekarskim/zasiłku rehabilitacyjnym nie może przystąpić do Umowy. Nie dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych przystępujących do Umowy w dniu jej zawarcia.

Zgody i upoważnienia

☐ Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe

☐ 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 Moje Generali.

☐ Wyrażam zgodę, aby Generali Życie T.U. S.A. otrzymywała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, np. szpitali, przychodni lekarskich („Zakłady Lecznicze"), wskazane niżej informacje, w tym informacje o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia i ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia oraz, w przypadku zgłoszenia przeze mnie roszczeń, na otrzymywanie od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o adresach i nazwach Zakładów Leczniczych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych w związku ze zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Generali Życie T.U. S.A. Zakres informacji o moim stanie zdrowia obejmuje: przyczyny hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego, wykonane w ich trakcie badania diagnostyczne i wyniki tych badań, inne udzielone świadczenia zdrowotne oraz wyniki leczenia, wyniki przeprowadzonych konsultacji, przyczynę śmierci i wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. **Brak zgody oznacza brak możliwości przystąpienia do Umowy.**

☐ Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. innym zakładom ubezpieczeń, na ich żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Dane partnera życiowego (Oświadczenie o wyznaczeniu partnera życiowego dotyczy wyłącznie Pełnoletniego Dziecka)

Oświadczam, że pozostaję z niżej wskazaną osobą (Partnerem/Konkubentem) w związku nieformalnym.

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	PESEL

Wskazanie Partnera (Konkubenta) oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera (Konkubenta).

Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952,kapitał zakładowy 63.500.000 PLN, w pełni opłacony, NIP 521-28-87-341. Spółka należy do Grupy Generali figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Instytut Nadzoru Ubezpieczeniowego (IVASS) pod nr 26.

Warianty ubezpieczenia i pakiety dodatkowe

WARIANTY 1-6 ORAZ WARIANT SPECJALNY (7)	PAKIETY DODATKOWE DO WARIANTÓW 1-6	
Obowiązkowe oświadczenie o stanie zdrowia Członka Rodziny. Czy w okresie ostatnich 5 lat wystąpiła u Ciebie którakolwiek z poniższych okoliczności? (Jeśli nie zaznacz „NIE") a) byłeś/aś leczony/a szpitalnie lub planowane jest 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); b) w wykonanych badaniach diagnostycznych stwierdzono odchylenia od normy, wymagające leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc; c) posiadasz orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy lub służby (tzw. renta z tytułu niezdolności do pracy) wydane przez właściwy organ według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym; d) oczekujesz na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą); e) rozpoznano u Ciebie którejkolwiek z następujących chorób lub przewlektych stanów chorobowych: chorobę nowotworową, chorobę wieńcową, zawał serca, wadę serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), miażdżycę tętnic, cukrzycę, astmę oskrzelową lub inną przewlekłą chorobę układu oddechowego, przewlekłą chorobę wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, chorobę alkoholową albo zakażenie wirusem HIV. ☐ **TAK** ☐ **NIE** Członek Rodziny może przystąpić do ubezpieczenia w wariancie wybranym przez Pracownika lub w wariancie o niższym zakresie ochrony, a w przypadku zaznaczenia **„TAK"** w w/w oświadczeniu przystąpienie jest możliwe wyłącznie w **Wariancie Specjalnym (7)**. **Wariant 1** ☐ 52.00 zł **Wariant 2** ☐ 66.00 zł **Wariant 3** ☐ 75.00 zł **Wariant 4** ☐ 81.00 zł **Wariant 5** ☐ 87.00 zł **Wariant 6** ☐ 114.00 zł **Wariant Specjalny (7)** ☐ 32.00 zł	**Cegiełka Życie** ☐ 10.00 zł **Cegiełka onkologiczna** ☐ 10.50 zł Czy byłeś/aś kiedykolwiek leczony/a z powodu nowotworu złośliwego (raka, mięsaka, czerniaka złośliwego, chłoniaka, białaczki lub innej formy nowotworu złośliwego) lub czy jesteś diagnozowany w związku z objawami sugerującymi chorobę nowotworową? ☐ **TAK** ☐ **NIE** Zaznaczenie odpowiedzi TAK wyklucza możliwość przystąpienia do danego pakietu dodatkowego.	**Cegiełka Dziecko** ☐ 12.00 zł **Cegiełka kardiologiczna** ☐ 14.50 zł Czy kiedykolwiek rozpoznawano u Ciebie lub byłeś/aś kiedykolwiek leczony/a z powodu zawału serca, choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), miażdżycy tętnic kończyn dolnych i / lub tętnic szyjnych, cukrzycy, udaru mózgu, przemijających zaburzeń krążenia mózgowego? ☐ **TAK** ☐ **NIE** Czy w ciągu ostatnich 5 lat byłeś/aś leczony/a w szpitalu z powodu niewydolności serca, zaburzeń rytmu serca, wady zastawkowej serca, zaburzeń neurologicznych? ☐ **TAK** ☐ **NIE** Czy w ciągu ostatnich 3 miesięcy zalecono Ci przeprowadzenie diagnostyki w związku z podejrzeniem występowania któregokolwiek ze schorzeń wymienionych powyżej? ☐ **TAK** ☐ **NIE** Zaznaczenie co najmniej jednej odpowiedzi TAK wyklucza możliwość przystąpienia do danego pakietu dodatkowego.

Uposażeni

Wpisz dane osób lub podmiotu, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w OWU.

Nazwisko i imię /Nazwa podmiotu z formą prawną	Płeć K/M	Relacja z Ubezpieczonym*	PESEL / NIP lub REGON podmiotu	Data i państwo urodzenia	% świadczenia
					%
					%
					%

Razem 100%

***Relacja do wyboru:** mąż/żona, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, partner/partnerka, inny niespokrewniony, odmowa odpowiedzi.

Pozostałe zgody i oświadczenia

Zgoda pozwoli na informowanie o ciekawych produktach i usługach oraz atrakcyjnych zniżkach dostępnych w ramach Programu Rabatowego Generali.

☐ Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe

☐ Zgadzam się na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, innym podmiotom z Grupy Generali (Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny zarządzany i reprezentowany przez Generali PTE S.A., Generali Investments TFI S.A.) oraz ich przetwarzanie przez te podmioty w ich celach marketingowych. Dane osobowe udostępniane do dalszego przetwarzania obejmują: wszystkie informacje zawarte w formularzach, umowach, wnioskach lub ofertach, w tym informacje o moich produktach finansowych lub ubezpieczeniowych, przedmiotach ubezpieczenia, szkodach i ich likwidacji. Dane będą przetwarzane w celu dostosowania oferty produktów finansowych lub ubezpieczeniowych Grupy Generali do moich indywidualnych potrzeb i preferencji. Moja zgoda dotyczy zarówno danych pozyskanych przed wyrażeniem zgody (w szczególności w toku zawierania i wykonywania poprzednich umów ubezpieczenia), jak również danych zebranych później. Wyrażona zgoda będzie podstawą do udostępniania i przetwarzania danych pozyskanych do czasu jej odwołania. Zgodę mogę wycofać w każdym czasie w sposób opisany w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

☐ Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail/SMS).

☐ Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali poprzez kontakt telefoniczny.

Zostałem poinformowany, że Generali Życie T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta Moje Generali.

Data	Podpis Członka Rodziny	Podpis Funkcjonariusza/ Pracownika	Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Podany w deklaracji nr telefonu komórkowego służy do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta Moje Generali. Korzystanie z Konta Klienta Moje Generali odbywa się na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną (zwanym dalej „Regulaminem"), którego treść dostępna jest m.in. na stronie konto.generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu do Konta Klienta Moje Generali. Korzystanie z Konta Klienta Moje Generali wymaga akceptacji Regulaminu. O ile wyrazi Pan/Pani zgodę na przekazywanie przez grupę Generali informacji o produktach, promocjach lub zniżkach, podany nr telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.

Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Senatorskiej 18, 00-082 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952,kapitał zakładowy 63.500.000 PLN, w pełni opłacony, NIP 521-28-87-341. Spółka należy do Grupy Generali figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Instytut Nadzoru Ubezpieczeniowego (IVASS) pod nr 26.