

## Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP15 C/CM GL ZG5)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

1-304-07.2022

Nr wniosku/Nr polisy

[illegible]

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Związek Zawodowy Celnicy PL



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

## Dane Pracownika

Imię																														
Nazwisko																														
PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców)											Data urodzenia	D D		M M		R R R R				Obywatelstwa <sup>1)</sup> (jeśli inne niż polskie)										
Zawód wykonywany											Data zatrudnienia <sup>2)</sup>	D D		M M		R R R R				Dokument tożsamości (seria/numer)										
Państwo urodzenia (jeśli inne niż polskie)												D D		M M		R R R R				Typ dokumentu tożsamości	dowód				paszport				karta pobytu	
												D D		M M		R R R R				Data ważności dokumentu	D D		M M		R R R R					

**Adres zamieszkania**

Kod pocztowy	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>	Kraj	<input type="text"/>
Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>						
Tel. Komórkowy *	<input type="text"/>	E-mail*	<input type="text"/>				

## Oświadczenia niezbędne do obietnicy ochrony ubezpieczeniowej

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 zostałam się zapoznać 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 zapoznałam się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
4. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim <sup>3)</sup> 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.*
5. **Dotyczy Pracowników przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa:** Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałam na zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup> trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub dłużej:

☐ TAK ☐ NIE

*W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny (dostępny u Ubezpieczającego, w oddziałach lub na stronie [www.generali.pl](http://www.generali.pl)).*

## Zgody i Upoważnienia

O ile nie wyraża Pan/Pani zgody na którekolwiek z poniższych upoważnień, prosimy o jego skreślenie.

1. 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.
2. 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 włączeniem 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.**
3. 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.

### Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią.....  
(Imię i Nazwisko Partnera (Konkubenta))

numer PESEL/.....  
Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)..... w związku nieformalnym.....

Wskazanie Partnera (Konkubenta) oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera (Konkubenta) – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie Partnera (Konkubenta) jest możliwe wyłącznie w przypadku umów, gdzie strony Umowy przewidywały taką możliwość.

## Składka ochronna

Proszę zaznaczyć "x" wybrany wariant:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4	Wariant 5	Wariant 6
52,00 zł	66,00 zł	75,00 zł	81,00 zł	87,00 zł	114,00 zł

	Cegielka Życie	Cegielka Dziecko	Cegielka onkologiczna	Cegielka kardiologiczna
PAKIETY DODATKOWE:	10,00 zł	12,00 zł	10,50 zł	14,50 zł

**Data**

✓ 

D	D
---	---

M	M
---	---

R	R	R	R
---	---	---	---

✓ Podpis Pracownika

✓ Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->

