

Pole obowiązkowe do wskazania przez Ubezpieczonego. Musimy mieć potwierdzenie z jakimi warunkami zapoznał się Ubezpieczony. Należy skreślić niewłaściwe

Pole obowiązkowe do wskazania przez Ubezpieczonego.

Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾ (DCR1_C/CM_GL)

Nr polisy**

9 0 0 0 0 0 1 2 3 1 1

Osoba przystępująca do Umowy:

- Współmałżonek
 Konkubent
 Pełnoletnie Dziecko

Wskazanie numeru polisy ułatwi proces identyfikacji i ograniczy możliwość popełnienia błędu. Nie stanowi podstawy do zwrotu deklaracji.

Nazwa Ubezpieczającego **

Bombonierka S.A.
 ul. Twardowskiego 10/11
 00-475 Warszawa

Wskazanie nazwy Ubezpieczającego jest bezwzględnie wymagane, ułatwi proces identyfikacji i ograniczy możliwość popełnienia błędu i potwierdzi wolę przystąpienia do określonej umowy. Brak numeru polisy i brak nazwy ubezpieczającego może stanowić podstawę do zwrotu deklaracji.

Dane Osoby przystępującej do ubezpieczenia

Wszystkie dane należy uzupełnić. Data urodzenia jest wymagana w stosunku do osób, które posługują się paszportem. Obywatelstwo należy wskazać, jeżeli jest inne niż polskie. Wskazanie zawodu wymagane jest w celu weryfikacji struktury zawodowej grupy.

Nazwisko**
 K w a r c i ń s k a

Imię**
 A n n a

Data urodzenia**
 d d m m r r r r

Data zawarcia związku małżeńskiego²⁾
 2 4 1 2 2 0 0 6

PESEL**
 7 5 1 2 1 2 1 3 3 1 4

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)**

Zawód wykonywany**
 intendent

Adres zameldowania

Ulica**
 B u r a c z a n a

Kod pocztowy**
 2 1 - 3 2 0

Miejscowość**
 G r z e ś k ó w

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy**
 0 2 2 - 6 2 0 2 0 2 0

E-mail
 a . k w a r c i ń s k a @ w p . p l

Wszystkie dane oznaczone kolorem czerwonym należy bezwzględnie uzupełnić. Nr tel. Komórkowego oraz adres e-mail jest podawany dobrowolnie przez Ubezpieczonego. Dane adresowe i dane osobowe są wymagane w związku z dostosowaniem obsługi do wymogów ustawy p przeciwdziałaniu praniu pieniędzy

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zameldowania)

Ulica

Kod pocztowy

Miejscowość

Nr domu

Nr mieszkania

Do uzupełnienia tylko gdy jest inny niż adres zamieszkania.

Dane Pracownika

Nazwisko**
 K w a r c i ń s k i

Imię**
 A n d r z e j

PESEL**
 7 0 1 0 0 6 1 1 3 1 1

Data urodzenia**
 d d m m r r r r

Wszystkie dane należy uzupełnić. Data urodzenia jest wymagana w stosunku do osób, które posługują się paszportem. Brak danych może stanowić podstawę do zwrotu deklaracji

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)	% świadczenia**
	Kwarciński	Andrzej	06.10.1970	ul. Buraczana 1/10; 21-320 Grzeńsków	100
					Razem 100%

Do uzupełnienia wg uznania osoby przystępującej. Złożoną dyspozycję można zmienić w dowolnym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Podział składki inwestycyjnej (wypełnia Pracownik)

Składka inwestycyjna do uzupełnienia tylko gdy umowa przewiduje inwestycję.

Ustanawiam następujący podział składki inwestycyjnej opłacanej z moich środków pomiędzy Fundusze:

Grupowy Agresywny

Grupowy Mieszany

Grupowy Obligacji

Razem
 1 0 0 %

Data**
 d d m m r r r r

Podpis Pracownika**

Pole bezwzględnie wymagane w przypadku jednostronnego wydruku deklaracji

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.

Do uzupełnienia o ile Ubezpieczający wskaże taką potrzebę. Pole nie jest obowiązkowe.

Składki - część dla Ubezpieczającego (wypełnia Pracownik)

Ja, niżej podpisany(a) **Andrzej Kwarciański** (imię i nazwisko Pracownika) wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia składek na Grupowe Ubezpieczenie na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾ za (imię i nazwisko Osoby przystępującej do ubezpieczenia) oraz upoważniam Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Generali Życie T.U. S.A. (zwanej dalej Towarzystwem) z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾:

Składka ochronna

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Pracownika

Podgrupa		W 1		W 2		W 3
----------	--	-----	--	-----	--	-----

Składka inwestycyjna

w kwocie zł
w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Pracownika

Data i Podpis Pracownika

Pole obowiązkowe do wskazania przez Pracownika. Należy skreślić niewłaściwe. Dane Pracownika również należy bezwzględnie uzupełnić

Składki - część dla Towarzystwa (wypełnia Pracownik)

Ja, niżej podpisany(a) **Andrzej Kwarciański** (imię i nazwisko Pracownika) wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia składek na Grupowe Ubezpieczenie na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾ za osobę przystępującą do ubezpieczenia oraz upoważniam Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Generali Życie T.U. S.A. (zwanej dalej Towarzystwem) z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾:

Składka ochronna

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Pracownika

Podgrupa	X	W 1	45,00 zł	W 2		W 3
----------	---	-----	----------	-----	--	-----

Składka inwestycyjna

w kwocie zł
w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Pracownika

Data i Podpis Pracownika

Pole obowiązkowe do uzupełnienia. Brak podpisu oraz daty złożenia oświadczenia stanowi podstawę do zwrotu deklaracji.

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. (zwana dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.

Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że nie jestem inwalidą i nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy nie miałem /miałam przerw w pracy spowodowanej chorobą lub wypadkiem dłuższym niż 30 kolejnych dni oraz że stan mojego zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lekarskiego, ani regularnego leczenia za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej.

Data

Podpis Osoby przystępującej do Umowy

W przypadku braku możliwości podpisania powyższego Oświadczenia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny.

Oświadczenie końcowe

Pole należy bezwzględnie uzupełnić w przypadku przystępowania osób ze stażem ubezpieczeniowym w ramach wcześniejszej umowy krótszym niż 6 m-cy lub osób, które stale korzystają ze specjalistycznej opieki lekarskiej. Brak ujawnienia okoliczności, o które Generali pyta, a które zostaną ujawnione w okresie 3 lat od daty przystąpienia mogą być uznane za zatajenie istotnych okoliczności mających wpływ na zasadę określenia datę początku ochrony dla danej osoby.

- Wyrażam zgodę na objęcie mojego życia zmianę warunków zastrzeżonej na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Pełnomocnictwo obejmuje także umocowanie do ustanawiania dalszych pełnomocników.
- Oświadczam, że w dniu wypełnienia 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 ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazanie na żądanie Generali Życie T.U. S.A. przez podmioty, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (t.j. Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), 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 anti-HIV, z wyłączeniem badań genetycznych.
- 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.
- 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 15Bw celu marketingowym oraz analitycznym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być w każdym czasie odwołane.
- 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.
- 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 15 B, 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.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej promującej usługi wskazanych wyżej podmiotów przesłanej za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
- Oświadczam, że zostałem udostępniony Regulamin korzystania z usług serwisu informacyjno-transakcyjnego-zwanego dalej Portalem oraz, że zapoznałem(am) się z jego treścią którą akceptuję w całości. Zostałem(am) poinformowany(a), że treść Regulaminu jest również dostępna na stronie www.generali.pl. Oświadczam, że choć być użytkownikiem Portalu rozumianego jako platforma łącząca Towarzystwo z użytkownikiem Internetu, za pośrednictwem którego będę uprawniony(a) do wglądu do warunków Umowy, dokonywania zmian i zgłaszania dyspozycji związanych z moim przystąpieniem do Umowy.

W pkt. 5,6,8 brak zaznaczenia oznacza brak zgody. Oświadczenie nr 8 powinno mieć nr 9. Błąd w niniejszym dokumencie

Data i Podpis osoby upoważnionej Ubezpieczającego

Data

Podpis Osoby przystępującej do Umowy

Objaśnienia

- *) Proszę zaznaczyć odpowiednie pole
- ***) Pola obowiązkowe do wypełnienia
- 1) Niepotrzebne skreślić
- 2) Uzupełnić w przypadku przystąpienia do Umowy Współmałżonka ubezpieczonego Pracownika

Pola bezwzględnie wymagane. Wskazana data wraz z podpisem osoby przystępującej oraz osoby uprawnionej przez Ubezpieczającego stanowią podstawę do ustalenia daty początku ochrony.

Wypełnia Towarzystwo

Wpłynęło w dniu:

Data nabycia prawa:

Podpis Operatora

Pole do bezwzględnego uzupełnienia przez pracownika DOUG, ze szczególnym uwzględnieniem daty nabycia prawa