

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



**GENERALI**  
Ubezpieczenia grupowe

## Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie **CERTUM/CERTUM Max<sup>1)</sup> (DP1\_C/CM\_GL)**

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

Nr polisy\*

Nazwa Ubezpieczającego\*

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.

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

Dane o Pracowniku

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\*

Imię\*

Data urodzenia\*

PESEL\*

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)\*

Zawód wykonywany\*

pracownik administracyjny

Adres zamieszkania

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

Ulica\*                  
Nr domu   Nr mieszkania

Kod pocztowy\*

-

Miejscowość\*

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy\*

E-mail

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

Do uzupełnienia tylko gdy jest inny niż adres zamieszkania.

Ulica     -       
Nr domu   Nr mieszkania

Kod pocztowy\*

-

Miejscowość\*

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Ja, niżej podpisany(a)

**Jan Kowalski**  
(imię i nazwisko Ubezpieczonego)

oświadczam, że pozostaję z **Panem/Panią<sup>1)</sup>**

**Bożeną Kwiatkowską,**  
(imię i nazwisko Partnera / Konkubenta)

numer PESEL\*

w związku nieformalnym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dotyczących pozostawania przeze mnie w związku nieformalnym

Do uzupełnienia tylko gdy Ubezpieczony Pracownik jest zainteresowany uzyskaniem świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia w stosunku do konkubenta. W przeciwnym razie, należy złożyć odrębny formularz "Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym", którego data podpisania determinuje datę nabycia praw do uzyskania świadczenia w przypadku zgłoszenia świadczenia dotyczącego życia lub zdrowia Konkubenta.

Uposażeni

Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania świadczenia w przypadku mojej śmierci wyznaczam:

Lp.	Nazwisko*	Imię*	Data urodzenia*	Adres stałego zamieszkania* <small>(ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)</small>	% sumy ubezpieczenia*
1	Bożena Kwiatkowska				50%
2	Anna Kowalska				50%
				Razem	100%

Do uzupełnienia wg uznania Ubezpieczonego Pracownika. Złożoną dyspozycję można zmienić w dowolnym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Data\*

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

Ja, niżej podpisany(a) ..... deklaruję następujące wysokości składek

(imię i nazwisko Pracownika)

#### Składka ochronna

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

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

Data i Podpis Pracownika

#### Składka inwestycyjna

w kwocie	<input type="text"/>	zł
w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto	<input type="text"/>	

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

### Składki - część dla Towarzystwa

Deklaruję następujące wysokości składek, które będą przelewane na rachunek Towarzystwa z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max<sup>1)</sup>.

#### Składka ochronna

Pole obowiązkowe do uzupełnienia. Brak wskazania wariantu lub błędne wskazanie stanowi podstawę do zwrotu deklaracji. Składka inwestycyjna do uzupełnienia tylko gdy umowa przewiduje inwestycję.

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

Podgrupa		W 1		X	W 2	42,50 zł		W 3	
----------	--	-----	--	---	-----	----------	--	-----	--

#### Składka inwestycyjna

w kwocie	<input type="text"/>	zł
w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto	<input type="text"/>	

#### 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. (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.

Składka inwestycyjna do uzupełnienia tylko gdy umowa przewiduje inwestycję.

#### Podział składki inwestycyjnej

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

Grupowy Agresywny	<input type="text"/>	Grupowy Mieszany	<input type="text"/>	Grupowy Obligacji	<input type="text"/>	Razem	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	%
						1	0	0		

#### Dodatkowe informacje - dotyczy osób przystępujących do Umowy po upływie terminu 3 miesięcznicy polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia do Umowy<sup>2)</sup>:

Okres objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia u innego Ubezpieczyciela (jeżeli dotyczy):

od	d	d	m	m	r	r	r	do	d	d	m	m	r	r	r	r
----	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---

Okres przebywania (w ciągu ostatnich 12 miesięcy) na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim:

od	d	d	m	m	r	r	r	do	d	d	m	m	r	r	r	r
----	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---

Okres leczenia szpitalnego (w ciągu ostatnich 12 miesięcy):

od	d	d	m	m	r	r	r	do	d	d	m	m	r	r	r	r
----	---	---	---	---	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---	---	---

Pole należy bezwzględnie uzupełnić w przypadku, gdy Umowa zawarta jest na podstawie OWU Certum, a osoba przystępuje po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia. Na podstawie posiadanych informacji Generali zdecydować o możliwości zastosowania dodatkowej oceny medycznej. 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 warunków świadczonej ochrony dla danej osoby.

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. Pełnomocnictwo obejmuje także umocowanie do ustanawiania dalszych pełnomocników.

2. Oświadczam, że w dniu wypełnienia niniejszej Deklaracji:

a) jestem hospitalizowany(a)  TAK  NIE

b) przebywam na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim  TAK  NIE

Pole należy bezwzględnie uzupełnić w przypadku, gdy Umowa zawarta jest na podstawie OWU Certum 5, 5A oraz Certum Max 4 i 4A. Na podstawie posiadanych informacji Generali ustalić datę nabycia prawa do przystąpienia. 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.

W przypadku zaznaczenia w pkt.a) lub w pkt.b) odpowiedzi TAK, konieczne jest dołączenie do niniejszej Deklaracji oświadczenia.

3. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 2 lat 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 w oddziałach lub na stronie www.generali.pl).

4. 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 wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynach śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom diagnostycznym, włącznie z pobraniem krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV, z wyłączeniem badań genetycznych.

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych zawartych w deklaracji przystąpienia do Umowy w celu niezbędnym do obsługi i wykonywania Umowy.

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 15Bw 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. 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. Przystępuje Pani/Panu prawo dostępu do treści tych danych oraz ich poprawiania.

9.  Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej promującej usługi wskazanych wyżej podmiotów przesłanej za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

10.  Oświadczam, że został mi 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 chcę być użytkownikiem Portalu rozumianego jako platforma łącząca Towarzystwo z użytkownikiem Internetu, za pośrednictwem którego będę uprawniona(y) do wglądu do warunków Umowy, dokonywania zmian i zgłaszania dyspozycji związanych z moim przystąpieniem do Umowy.

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Data

Pole bezwzględnie wymagane. Wskazana data wraz z podpisem Ubezpieczonego Pracownika stanowi podstawę do ustalenia daty początku ochrony.

W pkt. 6,7,9 brak zaznaczenia oznacza brak zgody. Finalnie w pkt 10 nie będzie tzw. check-box. Będzie otrzymywana domniemana zgoda dla polis które mają w swoim zakresie lub w przyszłości będą miały inwestycje

#### Wypełnia Ubezpieczający

Data zatrudnienia u Ubezpieczającego<sup>3)</sup>

Data

Pole bezwzględnie wymagane. Wskazana data wraz z podpisem osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego stanowi podstawę do ustalenia daty początku przystąpienia

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

#### Objaśnienia

<sup>1)</sup> Pola obowiązkowe do wypełnienia

<sup>2)</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>3)</sup> O ile Ubezpieczający nie określi inaczej w odrębnych zapisach, datą nabycia prawa do przystąpienia do Umowy jest późniejsza z dat: data początku okresu ubezpieczenia lub data zatrudnienia Pracownika

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

<sup>3)</sup> Data zatrudnienia - pierwsza data nieprzerwanego związania się Pracownika z Ubezpieczającym w ramach zatrudnienia, członkostwa, bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo; pole obowiązkowe do wypełnienia

#### Wypełnia Towarzystwo

Wpłynęło w dniu:

Data nabycia prawa:

Podpis Operatora