



GENERALI

Ubezpieczenia grupowe

Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM Max¹⁾ (DP1_C/CM_GL)

Nr polisy*

Nazwa Ubezpieczającego *



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane o Pracowniku

Nazwisko*

Imię*

Data urodzenia*

PESEL*

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)*

Zawód wykonywany*

Adres zamieszkania

Ulica*

Nr domu*

Nr mieszkania*

Kod pocztowy*

Miejscowość*

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy*

E-mail

Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)

Ulica*

Nr domu*

Nr mieszkania*

Kod pocztowy*

Miejscowość*

Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią¹⁾

(imię i nazwisko Ubezpieczonego)

....., numer PESEL*

(imię i nazwisko Konkubenta)

w związku nieformalnym.

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

Uposażeni

Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu mojej śmierci wyznaczam:

Lp	Nazwisko*	Imię*	Data urodzenia*	Adres stałego zamieszkania* (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)	% sumy ubezpieczenia*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Razem					100%

Data *

Podpis Pracownika*

Generali Życie T.U. S.A.

1-304-05.2011

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 nr 26.

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	W1	W2	W3
----------	----	----	----

Data i Podpis Pracownika

--

składka inwestycyjna

w kwocie zł

w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

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 Max¹⁾:

składka ochronna

w kwocie lub w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

Podgrupa	W1	W2	W3
----------	----	----	----

składka inwestycyjna

w kwocie zł

w % miesięcznego wynagrodzenia brutto Ubezpieczonego

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 Max¹⁾, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.

Podział składki inwestycyjnej

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

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

Dodatkowe informacje: – dotyczy osób przystępujących do Umowy po upływie terminu 3 miesięczny polisy od daty nabycia prawa do przystąpienia do Umowy²⁾:

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

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

Okres leczenia szpitalnego (w ciągu ostatnich 12 miesięcy): od do

Oświadczenie końcowe

- 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 pełnomocnictw.
- 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 dokumentacji potwierdzającej okres i warunki objęcia ochroną z tytułu wcześniejszej umowy ubezpieczenia.
- 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).
- 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 (tj. 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 badaniu diagnostycznemu, włącznie z pobraniem krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV, z wyłączeniem badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych zawartych w deklaracji przystąpienia do Umowy 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 15B w 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 15B, 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 (tj. 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 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 użytkownikami Internetu, za pośrednictwem którego będę uprawniony(a) 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

Podpis Pracownika

Wypełnia Ubezpieczający

Data zatrudnienia u Ubezpieczającego³⁾

Data

Podpis osoby uprawnionej przez Ubezpieczającego

Objaśnienia

*) Pola obowiązkowe do wypełnienia

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ 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

³⁾ 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