



Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP11_C/CM_GL_ZG4)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

1-304-11.2019

Nr wniosku/Nr polisy

9 0 0 0 0 0 4 4 3 4 2

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

NIEZALEŻNY SAMORZĄDNY ZWIĄZEK ZAWODOWY
FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW WIĘZIENICTWA



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane Pracownika

Imię Nazwisko

PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców) Data urodzenia Obywatelstwo¹⁾ (jeśli inne niż polskie)

Zawód wykonywany Data zatrudnienia²⁾

Adres do korespondencji:

Kod pocztowy - Mięscowość Kraj (jeśli inny niż Polska)

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Tel. Komórkowy* E-mail*

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

- 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.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostałam mi **doręczone oraz zapoznałam 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.**
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałam się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim³⁾/zasilku rehabilitacyjnym.
Osoba hospitalizowana/przebywająca na zwolnieniu lekarskim/zasilku rehabilitacyjnym nie może przystąpić do Umowy. Nie dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych przystępujących do Umowy w dniu jej zawarcia.
- Dotyczy Pracowników przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa:** Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałam na zwolnieniu lekarskim³⁾ 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).

Zgody i Upoważnienia

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

- 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.
- 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.

Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią..... numer PESEL/ Data urodzenia (w w związku nieformalnym. (Imię i Nazwisko Partnera (Konkubenta) przypadku obcokrajowców)

Wskazanie Partnera (Konkubenta) oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałzonka 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 przewidziały taką możliwość.

Składka ochronna

Warianty Podstawowe

<input type="text"/> 84,60 zł	<input type="text"/> 113,10 zł	<input type="text"/> 123,70 zł	<input type="text"/> 128,80 zł	<input type="text"/> 147,00 zł	<input type="text"/> 178,60 zł	<input type="text"/> 124,90 zł
Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4	Wariant 5	Wariant 6	Wariant 7
<input type="text"/> 94,20 zł	<input type="text"/> 108,30 zł	<input type="text"/> 120,10 zł	<input type="text"/> 128,70 zł	<input type="text"/> 156,40 zł	<input type="text"/> 66,20 zł	
Wariant 8	Wariant 9	Wariant 10	Wariant 11	Wariant 12	Wariant Socjalny	

Warianty Dodatkowe

<input type="text"/> 5,80 zł	<input type="text"/> 12,50 zł	<input type="text"/> 10,00 zł
Rodzina	Extra Ochrona	Zdrowie

Data

Podpis Pracownika

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->

Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII 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 IVASS.



