



Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DCR11_C/CM_GL ZG5)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

1-306-03.2021

Nr wniosku/Nr polisy

9 0 0 0 0 0 4 5 2 2 6

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

NIEZALEŻNY SAMORZĄDNY ZWIĄZEK ZAWODOWY
FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW WIĘZIENICTWA

Osoba przystępująca do Umowy:

- Współmałżonek Pracownika
 Partner (Konkubent) Pracownika
 Pełnoletnie Dziecko Pracownika



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane osoby przystępującej do Umowy

Imię Nazwisko

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

Zawód wykonywany Data zawarcia związku małżeńskiego²⁾

Adres do korespondencji

Kod pocztowy - Miejscowość Kraj
(jeśli innv niż Polska)

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Tel. Komórkowy* E-mail*

Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat stan mojego zdrowia nie uległ istotnemu pogorszeniu, czyli:

- nie byłem leczony szpitalnie, ani nie jest planowane takie leczenie (z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu);
- nie stwierdzono odchyłań od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc.
- nie posiadam orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy lub służby (tzw. renta z tytułu niezdolności do pracy) wydanego przez właściwy organ według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym;
- nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą);
- nie rozpoznano u mnie którejkolwiek z wymienionych chorób lub stanów chorobowych przewlekłych: choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, wada serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), miażdżycza tętnic, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV.

W przypadku braku możliwości podpisania powyższego Oświadczenia o stanie zdrowia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny (dostępny u Ubezpieczającego, w oddziałach lub na stronie www.generali.pl).

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

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 zostałem mi doręczone oraz zapoznałem 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 zapoznałem 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.

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.

Składka ochronna

Warianty Podstawowe

70,80 zł	94,30 zł	103,10 zł	107,30 zł	122,30 zł	150,40 zł	104,10 zł
Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4	Wariant 5	Wariant 6	Wariant 7

78,70 zł	90,40 zł	100,10 zł	107,20 zł	130,40 zł	63,50 zł
Wariant 8	Wariant 9	Wariant 10	Wariant 11	Wariant 12	Wariant Socjalny

Warianty Dodatkowe

5,80 zł

Rodzina

✓

✓ Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

✓ Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Dane Pracownika zgłaszającego do Umowy Współmałżonka/Partnera(Konkubenta)/Pełnoletnie dziecko

Imię i nazwisko

PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)

✓

✓ Podpis Pracownika



Verte --->



Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DCR11_C/CM_GL ZG5)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

9 0 0 0 0 0 4 5 2 2 6

Strona 2 z 2

Uposażeni (łącznie wartość powinna wynosić 100%) - Uposażonych można również wskazać/zmienić za pośrednictwem Konta Klienta

Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	

Pozostałe zgody i oświadczenia

Zgoda pozwoli na informowanie o ciekawych produktach i usługach dopasowanych do Twoich potrzeb oraz atrakcyjnych zniżkach dostępnych w ramach Programu Rabatowego Generali.

- Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe.
- Zgadzam się na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, innym podmiotom z Grupy Generali (Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny zarządzany i reprezentowany przez Generali PTE S.A., Generali Investments TFI S.A.) oraz ich przetwarzanie przez te podmioty w ich celach marketingowych. Dane osobowe udostępniane do dalszego przetwarzania obejmują: wszystkie informacje zawarte w formularzach, umowach, wnioskach lub ofertach, w tym informacje o moich produktach finansowych lub ubezpieczeniowych, przedmiotach ubezpieczenia, szkodach i ich likwidacji.
Dane będą przetwarzane w celu dostosowania oferty produktów finansowych lub ubezpieczeniowych Grupy Generali do moich indywidualnych potrzeb i preferencji.
Moja zgoda dotyczy zarówno danych pozyskanych przed wyrażeniem zgody (w szczególności w toku zawierania i wykonywania poprzednich umów ubezpieczenia), jak również danych zebranych później. Wyrażona zgoda będzie podstawą do udostępniania i przetwarzania danych pozyskanych do czasu jej odwołania. Zgodę mogę wycofać w każdym czasie w sposób opisany w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail/SMS):
 TAK NIE
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali poprzez kontakt telefoniczny:
 TAK NIE
- Zostałem poinformowany, że Generali Życie T.U. S.A. udostępni za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data
 D D M M R R R R

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Objaśnienia

1) W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.

2) Proszę uzupełnić w przypadku przystąpienia do Umowy Współmałżonka ubezpieczonego Pracownika.

3) Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.

* Podany numer telefonu komórkowego służy do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta. Korzystanie z Konta Klienta odbywa się na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną (zwanym dalej „Regulaminem”), którego treść dostępna jest m.in. na stronie konto.generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu do Konta Klienta. Korzystanie z Konta Klienta wymaga akceptacji Regulaminu. O ile wyrazi Pan/Pani zgodę na przekazywanie przez grupę Generali informacji o produktach i promocjach lub zniżkach, podany nr telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.