



# GENERALI

## Ubezpieczenia grupowe

### Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM .....

Nr polisy

\*) Pola obowiązkowe do wypełnienia

Nazwa Ubezpieczającego \*

#### Dane o Pracowniku

Nazwisko\*

Imię\*

Data urodzenia\*

PESEL\*

#### Adres zameldowania

Ulica\*

Nr domu\*

Nr mieszkania\*

Miejscowość\*

Kod pocztowy\*

Tel. komórkowy

Tel. kontaktowy\*

E-mail

Zawód wykonywany\*

#### Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zameldowania)

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

#### Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że znane mi są Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM ..... firmy Generali Życie T.U. S.A. (zwanej dalej Towarzystwem), na podstawie których Ubezpieczający zawarł Umowę ubezpieczenia. Wyrażam wolę przystąpienia do Umowy ubezpieczenia na podstawie ww. warunków.

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)	% świadczenia*
<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%**

### 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.

1-304-01.2009

## Składki - część dla Ubezpieczającego

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

(imię i nazwisko Pracownika)

oraz upoważniam Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Towarzystwa:

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

Data i Podpis Pracownika



## Składki - część dla Towarzystwa

Deklaruję następujące wysokości składek oraz upoważniam Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Towarzystwa z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM .....

Składka ochronna opłacana:

	z moich środków		zł	ze środków Pracodawcy		zł
w kwocie	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto	<input type="text"/>			<input type="text"/>		

Składka inwestycyjna opłacana:

	z moich środków		zł	ze środków Pracodawcy		zł
w kwocie	<input type="text"/>			<input type="text"/>		
w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto	<input type="text"/>			<input type="text"/>		

## 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"/> %	<b>1 0 0</b> %

**Dodatkowe informacje: – dotyczy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia po upływie terminu należności 3. kolejnych składek płaconych miesięcznie, licząc od daty nabycia prawa do przystąpienia do Umowy<sup>1)</sup>**

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

od  do

Okres przebywania (w ciągu ostatnich 12 miesięcy<sup>2)</sup>) na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim:

od  do

Okres leczenia szpitalnego (w ciągu ostatnich 12 miesięcy<sup>2)</sup>):

od  do

<sup>1)</sup> o ile Ubezpieczający nie określił inaczej w odrębnych zapisach, datą nabycia prawa do przystąpienia do Umowy jest data zawarcia Umowy lub najbliższy termin należności składki następujący po dacie zatrudnienia Pracownika.

<sup>2)</sup> lub w okresie zatrudnienia u Ubezpieczającego, jeżeli nie przepracował(a) Pan(i) jeszcze 12 miesięcy.

## Oświadczenie końcowe

1. Wyrażam zgodę na objęcie mojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową oraz upoważniam Ubezpieczającego do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz wszelkich zmian w Umowie ubezpieczenia, w tym zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki i sumy ubezpieczenia.

2. 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.

3. Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych dla Towarzystwa oraz na zasięganie przez Towarzystwo informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, zarówno we wszystkich placówkach służby zdrowia, z usług których korzystałem(am) i będę korzystał(a), jak i u wszystkich lekarzy, przez których byłem(am) leczony, będę leczony(a) lub z konsultacji których korzystałem(am), będę korzystał(a). Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Deklaracji są kompletne i zgodne z prawdą.

4. 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 oddziale lub na stronie [www.generali.pl](http://www.generali.pl)).

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r Nr 101, poz. 926 z późn. zm) oraz na powierzenie przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna przetwarzania innym podmiotom na podstawie art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych, moich danych osobowych do celów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

6. Wyrażam / nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celach promocyjno-reklamowych przez podmioty należące do Grupy Generali w Polsce, rozumianej jako grupa spółek obejmująca Generali Finance Sp. z o.o., Generali T.U. S.A., Generali Życie T.U. S.A., Generali Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., Generali AutoProgram Sp. z o.o. oraz podmioty polskie powiązane kapitałowo oraz dominujące i zależne w rozumieniu przepisów kodeksu spółek handlowych w stosunku do wyżej wymienionych spółek. Zgody powyższe obejmują również przetwarzanie ww. danych w przyszłości, o ile nie zmieni się cel ich przetwarzania.

7. Oświadczam, że chcę 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 wykonywaniem łączącej strony Umowy ubezpieczenia. Ponadto oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią Regulaminu korzystania z usług serwisu informacyjno-transakcyjnego i akceptuję w całości jego warunki oraz zostałem(am) poinformowany(a), że treść Regulaminu jest również dostępna na stronie [www.generali.pl](http://www.generali.pl).

8. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o adresie administratora danych, którym jest Generali Życie T.U. S.A., o celu zbierania danych, przewidywanych odbiorcach danych osobowych oraz o przysługującym mi prawie wglądu oraz poprawiania swoich danych osobowych.

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Data

Podpis Pracownika

## Wypełnia Ubezpieczający

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

Data nabycia praw do przystąpienia do Umowy ubezpieczenia <sup>4)</sup>:

Data

Podpis osoby uprawnionej z ramienia Ubezpieczającego

<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.

<sup>4)</sup> wypełnić tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający zastrzeże w Postanowieniach Szczególnych do Umowy inną datę nabycia prawa do przystąpienia do Umowy, niż wskazana w OWU.

## Wypełnia Towarzystwo

Wpłynęło w dniu:

Data początku odpowiedzialności:

Podpis Operatora