



# GENERALI

## Ubezpieczenia grupowe

### Deklaracja przystąpienia Członka Rodziny do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM.....

Nr polisy

Osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia\*:

- Współmałżonek
- Konkubent
- Pełnoletnie Dziecko

\*) Proszę zaznaczyć odpowiednie pole  
 \*\*) Pola obowiązkowe do wypełnienia  
**Nazwa Ubezpieczającego \*\***

#### Dane Osoby przystępującej do ubezpieczenia

Nazwisko\*\*

Imię\*\*  Data urodzenia\*\*

PESEL\*\*  Zawód wykonywany\*\*

#### Adres zameldowania

Ulica\*\*  Nr domu\*\*  Nr mieszkania\*\*

Miejscowość\*\*  Kod pocztowy\*\*

Tel. komórkowy  -  Tel. kontaktowy\*\*

E-mail

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

Ulica  Nr domu  Nr mieszkania

Miejscowość  Kod pocztowy

#### Dane Pracownika

Nazwisko\*\*

Imię\*\*  PESEL\*\*

#### Podział składki inwestycyjnej (wypełnia Pracownik)

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

Grupowy Agresywny  Grupowy Mieszany  Grupowy Obligacji  Razem  1 0 0 %

Data\*\*\*  Podpis Pracownika\*\*\*

\*\*\* Wypełnić w przypadku jednostronnego wydruku

DCR/09/09/01\_GL

### 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.

## Składki - część dla Ubezpieczającego (wypełnia Pracownik)

Ja, niżej podpisany(a) ..... wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia

(imię i nazwisko Pracownika)

składek na Grupowe Ubezpieczenie na Życie CERTUM ..... za ..... oraz upoważniam

(imię i nazwisko osoby przystępującej do ubezpieczenia)

Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Generali Życie T.U. S.A. (zwanej dalej Towarzystwem) z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM.....:

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 (wypełnia Pracownik)

Ja, niżej podpisany(a) ..... wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia

(imię i nazwisko Pracownika)

składek na Grupowe Ubezpieczenie na Życie CERTUM ..... za osobę przystępującą do ubezpieczenia oraz upoważniam Ubezpieczającego do naliczania, potrącania oraz przelewania ich na rachunek Generali Życie T.U. S.A. (zwanej dalej Towarzystwem) z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM.....:

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

## Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia, o których stanowi Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A. (zwaną dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM..... oferowanymi przez Towarzystwo, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy ubezpieczenia. Wyrażam wolę przystąpienia do wskazanej wyżej Umowy ubezpieczenia.

## Uposażeni

Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu 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%

## Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że nie jestem inwalidą i nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy nie miałem /miałam przerw w pracy spowodowanej chorobą lub wypadkiem dłuższej niż 30 kolejnych dni oraz że stan mojego zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lekarskiego, ani regularnego leczenia za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej.

Data

Podpis Osoby przystępującej do Umowy

W przypadku braku możliwości podpisania powyższego Oświadczenia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny.

## Oświadczenie końcowe

- 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.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji:
  - jestem hospitalizowany(a)  TAK  NIE
  - przebywam na ponad 14-dniowym zwolnieniu lekarskim  TAK  NIEW 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.
- 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 (Dz.U. Nr 91, poz. 408, 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 moja rzecz Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o stanie mojego zdrowia psychicznego, oraz o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom diagnostycznym, włącznie z pobraniem krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV, z wyłączeniem badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych pozyskanych w przyszłości, jak również danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową i tajemnicą funduszu emerytalnego, przez Generali Życie TU S.A. oraz 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 w celu analitycznym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne. Przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych i prawo poprawiania danych. Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową i tajemnicą funduszu emerytalnego, do przetwarzania w celu marketingowym i analitycznym innym podmiotom, niż wskazane wyżej, należącym do Grupy Generali i świadczącym usługi o charakterze ubezpieczeniowo-finansowym.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej od wskazanych wyżej podmiotów.
- 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 i Podpis osoby uprawnionej z ramienia Ubezpieczającego

Data

Podpis Osoby przystępującej do ubezpieczenia

## Wypełnia Towarzystwo

Wpłynęło w dniu:

Data początku odpowiedzialności:

Podpis Operatora