



Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP15_C/CM_GL ZG5)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr wniosku/Nr polisy

90000785181

1-304-07.2022

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Organizacja Międzyzakładowa NSZZ „Solidarność”
Funkcjonariuszy i Pracowników Policji
Województwa Małopolskiego

Jednostka (KWP, KMP, KPP, OPP):



Dane Pracownika

Imię																															
Nazwisko																															
PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców)							Data urodzenia	D D		M M		R R R R				Obywatelstwa ¹⁾ (jeśli inne niż polskie)															
Zawód wykonywany							Data zatrudnienia ²⁾	D D		M M		R R R R				Dokument tożsamości (serial/numer)															
Państwo urodzenia (jeśli inne niż polskie)																Typ dokumentu tożsamości	dowód		paszport		karta pobytu		Data ważności dokumentu	D D		M M		R R R R			
Płeć K ☐ M ☐																															
Adres zamieszkania																															
Kod pocztowy	-						Miejscowość															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 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 wypełnienia niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim ³⁾ zasiłku rehabilitacyjnym.
Osoba hospitalizowana/przebywająca na zwolnieniu lekarskim/zasiłku 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 przebywałem na zwolnieniu lekarskim ³⁾ 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....., w związku nieformalnym.
(Imię i Nazwisko Partnera (Konkubenta)) Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

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

Składka ochronna

WARIANT 1 60,00 zł ☐	WARIANT 2 70,00 zł ☐	WARIANT 3 85,00 zł ☐	WARIANT 4 105,00 zł ☐	CEGIEŁKA DZIECKO 8,00 zł ☐	CEGIEŁKA WYPADEK 9,00 zł ☐	WYSOKOŚĆ SKŁADKI
---	---	---	--	--	--	---------------------

Data
D D M M R R R R

Podpis Pracownika

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->



Deklaracja przystąpienia Pracownika do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX (DP15_C/CM_GL_ZG5)

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

9 0 0 0 0 7 8 5 1 8 1

Strona 2 z 2

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

☐ Jako Uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej w wysokości kwoty odprawy pośmiertnej wyznaczam osoby uprawnione zgodnie z Art. 93 Kodeksu Pracy. Jednocześnie upoważniam Pracodawcę do przekazania Towarzystwu informacji o danych osób uprawnionych wraz z podaniem wysokości należnego im świadczenia.
Jako Uposażonego/Uposażonych do otrzymania części świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej pozostawiam po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, o której mowa powyżej lub/i z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących mojej śmierci wyznaczam:

Uposażony 1

% świadczenia ⁴⁾

Imię/Nazwisko/Nazwa

Forma prawna

NIP i REGON

Data urodzenia

Państwo urodzenia
(jeżeli inne niż polskie)

Płeć

K

M

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

(jeżeli inny niż Polska)

Ulica, nr domu,
nr mieszkania

Relacja do
Ubezpieczonego ⁵⁾

Uposażony 2

% świadczenia ⁴⁾

Imię/Nazwisko/Nazwa

Forma prawna

NIP i REGON

Data urodzenia

Państwo urodzenia
(jeżeli inne niż polskie)

Płeć

K

M

Adres zamieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

(jeżeli inny niż Polska)

Ulica, nr domu,
nr mieszkania

Relacja do
Ubezpieczonego ⁵⁾

⁴⁾ Podział % musi się sumować do 100 %

⁵⁾ Relacje do wyboru: mąż/żona, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, partner/partnerka, inny niespokrewniony, odmawiam podania, zawodowe

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.

1. ☐ Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe

2. ☐ 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.

3. 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

4. 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

5. Zostałem poinformowany, że Generali Życie T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data

✓

✓ Podpis Pracownika

Objaśnienia

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

2) Data zatrudnienia – pierwsza data nawiązania pomiędzy Pracownikiem a Ubezpieczającym stosunku pracy, członkostwa bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku.

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, promocjach lub zniżkach, podany nr telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.