Deklaracja przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Zycie dla małych i średnich firm (DP12_MIŚ_GL ZG4)

GENERALI

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

Nr wniosku/Nr polisy

1-974-11.2019

Wpisz numer polisy do której przystępujesz

GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Wpisz nazwę Ubezpieczającego

Zaznacz kto przystępuje do Umowy

Osoba przystępująca do Umowy:

- [ ] **Pracownik**
- [x] **Współmałżonek /Partner (Konkubent) Pracownika**
- [ ] **Pełnoletnie Dziecko Pracownika**

Dane osoby przystępującej do Umowy

Uzupełnij swoje dane

Imię	MAGDALENA	**Nazwisko**	NOWAK
PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców)	90010100000	**Data urodzenia**	01 01 1989
Obywatelstwo[1] (jeśli inne niż polskie)		**Zawód wykonywany**	Kasjer
Data zatrudnienia[2]	DD MM RRRR	**Data zawarcia związku małżeńskiego**[3]	01 07 2015
Adres do korespondencji			
Kod pocztowy	02-000	**Miejscowość**	WARSZA
Kraj (jeśli inny niż Polska)			
Ulica, nr domu, nr mieszkania	warszawska 2/5		
Tel. Komórkowy*	510100100	**E-mail***	m.nowak@gmail.com

Uzupełnij datę, gdy przystępujesz do Umowy jako **Pracownik**

Uzupełnij datę, gdy przystępujesz do Umowy jako **Współmałżonek**

Składka ochronna

Składka ochronna w kwocie

Wskaż wysokość składki którą wybrałeś w ramach Umowy

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

Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia
Jan Nowak	ul. Warszawska 2/57, 02-000, Warszawa	10 01 1990	100
		DD MM RRRR	
		DD MM RRRR	
		DD MM RRRR	

Wskaż osoby które otrzymają świadczenie w przypadku Twojej śmierci. Złożoną dyspozycję możesz zmienić w trakcie trwania Umowy. Brak wskazania Uposażonego będzie oznaczał, że świadczenie będzie przysługiwało Twoim spadkobiercom zgodnie z przepisami o dziedziczeniu ustawowym

Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

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

Wskazan iową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera/Konkubenta – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje żeńskim z inną osobą. Wskazanie Partnera/Konkubenta jest możliwe wyłącznie w przypadku umów, gdzie strony Umowy przewidziały taką możliwość.

Uzupełnij dane partnera, jeżeli pozostajesz w nieformalnym związku i przystępujesz do Umowy jako **Pracownik**

Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczenie nie dotyczy osób, które przystępują do umowy ubezpieczenia w dacie jej zawarcia i posiadają co najmniej 3 letni staż we wcześniejszej umowie ubezpieczenia.

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

a) 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);

b) nie stwierdzono odchyleń od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc.

c) 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;

d) nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związan

e) nie rozpoznano u mnie którejkolwiek z wymienionych chorób lub stanów chorobowych przewlekłych: choroba nowotw zemijające niedokrwienie mózgu (TIA), miażdżyca tętnic, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub n zakażenie wirusem HIV.

Jeżeli nie możesz podpisać się pod oświadczeniem o stanie zdrowia wypełnij i prześlij **Kwestionariusz Medyczny**

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: Magdalena Nowak

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

Zapoznaj się z oświadczeniami

1. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i wyczerpujące. Ja, niżej podpisana(y) 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.
2. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostały 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 dla małych i średnich firm, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.**
3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałem się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
4. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim[4]/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.

Zgody i Upoważnienia

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

Twoja zgoda ułatwi i skróci proces pozyskania dokumentacji medycznej potrzebnej do rozpatrzenia roszczenia

1. Wyrażam zgodę na doręczenie wszelkiej dokumentacji związanej z Umową ubezpieczenia oraz korespondencji kiero e trwania Umowy, na wskazany przeze mnie adres e-mail lub za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta.
2. 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.**
3. 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.

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.

Wskaż czy wyrażasz zgodę oraz czy chcesz otrzymywać informacje promocyjne o atrakcyjnych zniżkach w ramach Programu Rabatowego Generali, za pośrednictwem e-mail lub telefonu

1. [ ] **Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe**
2. [ ] Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebra zenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia w Generali Życie T.U. S.A. (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową były udostępnione i dalej przetwarzane przez inne podmioty z grupy Generali, tj. Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., oraz Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny z siedzibami przy ul. Postępu 15B; 02-676 Warszawa, w ich własnych celach marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie klientów w celu poznania ich potrzeb oraz przygotowania odpowiedniej oferty.
3. Wyrażam zgodę, na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A oraz innych podmiotów z Grupy Generali informacji promocyjnych oraz ofert towarów i usług za pośrednictwem:

   wiadomości e-mail [ ] TAK [ ] NIE telefonu (w tym sms) [ ] TAK [ ] NIE
4. Zostałem poinformowany, że Generali Życie y internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Wypełnia Ubezpieczający

Uzupełnij datę i podpisz się.
Deklaracja musi być wypełniona przed początkiem ochrony

Data ✓ 12 06 2018

✓ Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia: Magdalena Nowak

✓ Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

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

Imię i nazwisko Jan Nowak

PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców) 90110100000

Te dane wypełnia Pracownik w celu potwierdzenia danych swojego Członka Rodziny który wypełnił deklaracje.
Pracownik wpisuje swoje dane wraz z datą i podpisem.
Jeżeli przystępujesz do Umowy jako Pracownik, nie uzupełniaj tej sekcji.

Data ✓ 12 06 2018

✓ Podpis Pracownika: Jan Nowak

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) Uzupełnić w przypadku przystąpienia do Umowy Współmałżonka ubezpieczonego Pracownika.
4) 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 numer telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.