

E-deklaracja dostępna pod adresem:  
**grupowe.generaliz.pl**

Kod Przystąpienia: Otrzymasz od swojego Pracodawcy



# Skorzystaj z e-deklaracji

 **Pobierz**  
Informacja o Przetwarzaniu Danych Osobowych

☒ **Zapoznałem się z Informacją o Przetwarzaniu Danych Osobowych**  
\* Oświadczenie wymagane

☒ **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.**  
\* Oświadczenie wymagane

**Kod przystąpienia**  Kod przystąpienia znajduje się w materiałach informacyjnych otrzymanych od Pracodawcy

**Pesel** ☐ **Paszport** ☐  Wybierz typ identyfikatora

**Podaj prywatny adres e-mail**  Na podany adres e-mail otrzymasz Ogólne Warunki Ubezpieczenia oraz Informację o Przetwarzaniu Danych Osobowych

**Potwierdź prywatny adres e-mail**

Zapoznaj się z Informacją o przetwarzaniu danych osobowych.

Zapoznaj się z treściami zgód i zaznacz je. Twoje zgody są dobrowolne, ale konieczne do przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

Wprowadź Kod przystąpienia otrzymany od Pracodawcy.

Wprowadź numer PESEL. Jeśli nie posiadasz numeru PESEL wprowadź Paszport.

Wpisz adres e-mail, na który prześlemy Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Informację o przetwarzaniu danych osobowych oraz potwierdzenie wypełnienia deklaracji przystąpienia.

# Skorzystaj z e-deklaracji

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Temat:     | Rejestracja celem przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie                                                                                                                                                                                            |
| Dołączono: |  Informacja o Przetwarzaniu Danych Osobowych.pdf (226 KB);  OWU CERTUM Nr 82018.pdf (2 MB) |

1234567891011121314151617181920212223

Dzień dobry,

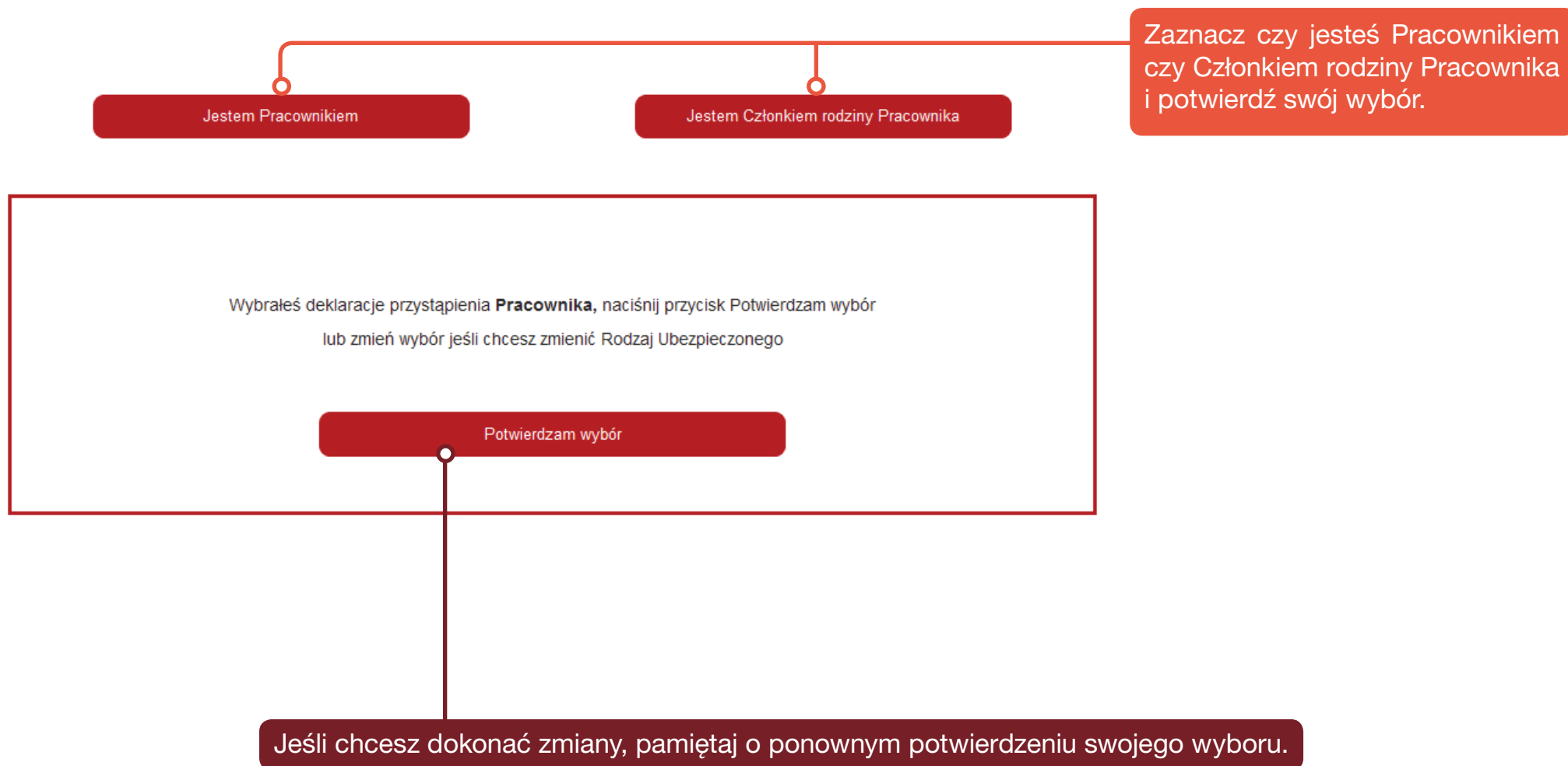
w załączniku przesyłamy Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla polisy nr 90000040586 oraz Informację o Przetwarzaniu Danych Osobowych.

pozdrawiamy  
Zespół Generali

Uwaga!  
Ta wiadomość została wygenerowana automatycznie, prosimy na nią nie odpowiadać.

Na Twój adres e-mail wyślemy Ogólne Warunki Ubezpieczenia oraz Informację o przetwarzaniu danych osobowych, abyś w każdym czasie miał dostęp do ich treści.

# Skorzystaj z e-deklaracji



# Skorzystaj z e-deklaracji

|                          |                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <b>Rodzaj deklaracji</b> |                                                                     |
| Wybór rodzaju            | <input type="text" value="Deklaracja pracownika"/>                  |
| Ubezpieczający           | <input type="text" value="Polisa testowa e-deklaracja sp. z o.o."/> |
| Język deklaracji         | <input type="text" value="Polski"/>                                 |

|                     |                                              |                           |                                        |
|---------------------|----------------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| <b>Dane osobowe</b> |                                              |                           |                                        |
| Nazwisko            | <input type="text"/>                         |                           |                                        |
| Imię                | <input type="text"/>                         | Data urodzenia (mm-mm-dd) | <input type="text"/>                   |
| Typ identyfikatora  | <input type="text" value="Numer paszportu"/> | Numer identyfikatora      | <input type="text" value="123698abc"/> |
| Zawód               | <input type="text"/>                         | Rodzaj wykonywanej pracy  | <input type="text"/>                   |
|                     |                                              | Płeć                      | <input type="text" value="Mężczyzna"/> |
|                     |                                              | Obywatelstwo              | <input type="text" value="Polska"/>    |

Uzupełnij swoje dane osobowe.

|                               |                      |                  |                                        |
|-------------------------------|----------------------|------------------|----------------------------------------|
| <b>Adres korespondencyjny</b> |                      |                  |                                        |
| Ulica                         | <input type="text"/> | Numer domu       | <input type="text"/>                   |
| Kod pocztowy (np 01-234)      | <input type="text"/> | Miejscowość      | <input type="text"/>                   |
| Telefon komórkowy             | <input type="text"/> | Adres email      | <input type="text" value="abc@wp.pl"/> |
|                               |                      | Numer mieszkania | <input type="text"/>                   |
|                               |                      | Kraj             | <input type="text" value="Polska"/>    |

Uzupełnij informacje dotyczące adresu korespondencyjnego. Wpisz swój numer telefonu abyśmy mogli skontaktować się z Tobą i potwierdzić rozpoczęcie ochrony.

Wpisz zawód i rodzaj wykonywanej pracy z listy rozwijalnej.

# Skorzystaj z e-deklaracji

**Dane polisy**

|                                                   |                                                      |
|---------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Wybierz wariant ubezpieczenia                     | Wariant 3 - Sponsorowany + Dobrowolny + cegiełki x 3 |
| Całkowita składka bazowa: 0.53 % pensji 23.09 PLN |                                                      |
| Data zatrudnienia<br>(mm-mm-dd)                   | Wnioskowana data przystąpienia do ubezpieczenia      |
| <input type="text"/>                              | 2019-07-01                                           |

**Pakiety dodatkowe**

|    |                      |
|----|----------------------|
| k1 | <input type="text"/> |
|----|----------------------|

Wskaż wybrany wariant ubezpieczenia. Szczegóły znajdziesz w materiałach otrzymanych od Pracodawcy.

Wybierz datę, od której chcesz być objęty ochroną ubezpieczeniową.

Wprowadź datę rozpoczęcia pracy u obecnego Pracodawcy.

Wybierz dodatkowy pakiet ubezpieczenia. Szczegóły znajdziesz w materiałach otrzymanych od Pracodawcy.

# Skorzystaj z e-deklaracji

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

*Możesz wskazać jednego lub więcej uposażonych. Pamiętaj aby suma procentowa świadczenia należnego wszystkim uposażonym wynosiła 100%*

**Dodaj nowego uposażonego**

Typ uposażonego: ☒ indywidualny ☐ instytucjonalny

|        |                      |              |                      |                             |                                                     |                                                      |
|--------|----------------------|--------------|----------------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Imię   | <input type="text"/> | Nazwisko     | <input type="text"/> | Data urodzenia (rrrr-mm-dd) | <input type="text"/>                                |                                                      |
| Nazwa  | <input type="text"/> | NIP          | <input type="text"/> | REGON                       | <input type="text"/>                                |                                                      |
| Ulica  | <input type="text"/> | Nr domu      | <input type="text"/> | Nr mieszkania               | <input type="text"/>                                |                                                      |
| Miasto | <input type="text"/> | Kod pocztowy | <input type="text"/> | Procent świadczenia         | <input type="text"/>                                |                                                      |
|        |                      |              |                      |                             | <input type="button" value="Kopiuj dane adresowe"/> | <input type="button" value="Zatwierdź uposażonego"/> |

## Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią    w związku nieformalnym.

Wskazanie Partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących Współmałżonka będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie Partnera - również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie Partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku Umów, gdzie strony Umowy przewidywały taką możliwość.

Uzupełnij dane uposażonych - są to osoby, którym w razie Twojej śmierci Generali wypłaci świadczenie w określonym przez Ciebie procencie. Możesz też wybrać uposażonego instytucjonalnego. Pamiętaj, że po wpisaniu każdej osoby musisz potwierdzić swój wybór przyciskiem „Zatwierdź uposażonego”. W przypadku kilku osób uposażonych łączny procent świadczenia musi wynosić 100%.

Jeżeli chcesz wskazać osobę, z którą pozostajesz w związku nieformalnym wprowadź jej dane (imię, nazwisko, PESEL).

# Skorzystaj z e-deklaracji

## Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową ▼

1. 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.

2. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostałam mi doręczona oraz zapoznałam 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.

3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałam 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/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.*

5. Dotyczy Pracowników przystępujących do Umowy po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa: Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałam na zwolnieniu lekarskim trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub dłużej: TAK ☐ NIE ☒ ☐ W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny.

6. Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałam Generali Życie T.U. S.A. w celu mojego przystąpienia do Umowy i jej wykonania, tj. Współubezpieczonych lub Uposażonych (w przypadku osób niepełnoletnich - opiekunów prawnych), z treścią Informacji o przetwarzaniu Danych Osobowych, stanowiącej Załącznik do niniejszej Deklaracji.

### Zgody i upoważnienia

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

☒ 1. 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.

☒ 2. Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia - z wyłączeniem wyników badań genetycznych - w tym historii choroby, jak również przyczyny śmierci, w celu dokonania oceny ryzyka lub prowadzenia postępowania celem ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia; niniejsze upoważnienie nie wygasa z dniem mojej śmierci.

☒ 3. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

☒ 4. Upoważniam Generali Życie T.U. S.A. do udostępnienia na żądanie innego zakładu ubezpieczeń przetwarzanych przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta Umowa, ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Umowy i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub jego wysokości.

### Pozostałe oświadczenia

1. ☐ Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebrane przez Generali Życie T.U. S.A. takie jak imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia w Generali Życie T.U. S.A. (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałam/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 Powszechnie 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.

2. 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 ☐

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

Zapisz Wróć

Jeśli przystępujesz do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty nabycia prawa, zaznacz oświadczenia dotyczące hospitalizacji. Jeżeli wybierzesz "tak" poprosimy Cię o wypełnienie formularza oceny medycznej.

Zweryfikuj czy zgadzasz się z 4 zaznaczonymi oświadczeniami. Jeżeli nie, zawsze możesz odznaczyć każde z nich.

Zaznacz pozostałe oświadczenia. Zwróć uwagę, że wyrażenie zgód zawartych w tej sekcji pozwoli nam na przekazywanie Ci informacji o zniżkach na inne ubezpieczenia lub aktualnych programach rabatowych.

# Skorzystaj z e-deklaracji

Dziękujemy za rejestrację i wypełnienie deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Zamknij

Temat:

Potwierdzenie rejestracji do ubezpieczenia grupowego

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18

Dzień dobry,

dziękujemy za wypełnienie deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

pozdrawiamy  
Zespół Generali

Uwaga!  
Ta wiadomość została wygenerowana automatycznie, prosimy na nią nie odpowiadać.

Po zapisaniu formularza deklaracji, na podany przez Ciebie adres e-mail prześlemy potwierdzenie.



Niniejszy materiał ma charakter wyłącznie reklamowy i informacyjny oraz nie stanowi oferty w rozumieniu art. 66 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny.