



Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Wpisz nazwę swojego
Pracodawcy który zawarł
Umowę ubezpieczenia

1-304-11.2019

Uzupełnij swoje dane



Dane Pracownika

[illegible]

Data urodzenia	1	0	0	1	1	9	9	0
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---

Obywatelstwo ¹⁾ (jeśli inne niż polskie)	
--	--

Data zatrudnienia²⁾

Adres do korespondencji[illegible]

Kraj
(jeśli inny niż Polska)

[illegible]

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 zostałem mi doręczony oraz zapoznałem się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A., w tym z **Ogólnymi Warunkami Grupy**, które stanowią Załącznik do niniejszej Deklaracji, z zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
3. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostałem mi doręczony oraz zapoznałem się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A., w tym z **Ogólnymi Warunkami Grupy**, które stanowią Załącznik do niniejszej Deklaracji, z zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
4. Oświadczam, że w dniu wypłaty świadczenia lub świadczeń z tytułu Umowy nie jestem podlegający 4-dniowym lub dłuższemu zwolnieniu lekarskim³⁾/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 przebywałem na zwolnieniu lekarskim³⁾ trwającym nieprzerwanie 4 tygodnie lub dłużej:

Uzupełnij, gdy przystępujesz **po 3 miesiącach** od rozpoczęcia Umowy lub daty zatrudnienia

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.

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. Wyrażam zgodę, aby Generali Życie T.U. S.A. otrzymywała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, np. szpitali, przychodni i poradni, dane osobowe i medyczne, w tym w szczególności: stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, weryfikacji 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 i Zakładów Ubezpieczeń na Wzrost, 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: przyczynę 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 być wypłacone świadczenie, do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia przyczyny śmierci i wysokości świadczenia. Uzupełnij dane partnera, jeżeli pozostajesz w związku małżeńskim.

Twoja zgoda ułatwi i skróci proces pozyskania dokumentacji medycznej potrzebnej do rozpatrzenia roszczenia, brak zgody nr 2 uniemożliwi przystąpienie do umowy ubezpieczenia.

Bez zaznaczenia tej zgody nie możesz przystąpić do Umowy Ubezpieczenia

Uzupełnij dane partnera, jeżeli pozostajesz w
nieformalnym związku

Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią.....
(Imię i Nazwisko Partnera (Konkubenta))

Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) w związku nieformalnym.

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.

Wskaż podgrupę oraz wysokość składki którą wybrałeś
w ramach Umowy

Składka ochronna

Podgrupa nr	1	Wysokość składki	49 zł	w kwocie lub w % mojego miesięcznego wynagrodzenia brutto
-------------	---	------------------	-------	---

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

✓ Podpis Pracownika *Jan Nowak*

✓ Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Verte --->

Wypełnia Pracodawca

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



Strona 2 z 2

Zaznaczyć jeżeli Umowa przewiduje odpłatność za odprawę pośmiertną	Wnioskodawca zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.
--	--

Uposażenie (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 pozostałej po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, o której mowa powyżej lub/i z tytułu Umów Dodatkowych dotyczących mojej śmierci wyznaczam:

Nazwisko i Imię	Adres	Data urodzenia						% świadczenia				
Magda Nowak	ul. Warszawska 2/57, 02-000, Warszawa	1	2	0	1	1	9	9	0	1	0	0
				M	M		R	R	R	R		
				M	M		R	R	R	R		
		D	D	M	M		R	R	R	R		

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.

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.** Wskaż czy wyrażasz zgodę na wszystkie poniższe punkty.

2. ☐ Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebrane przez Generali Życie T.U. S.A. takie jak imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, 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 korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą przedsiębiorstwa, były udostępniane podmiotom z grupy Generali, tj. Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechne Towarzystwo Emerytalne, w ich własnych celach marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie klientów w celu poznania ich potrzeb. Wskaż czy wyrażasz zgodę oraz czy chcesz otrzymywać informacje promocyjne za pośrednictwem e-mail lub telefonu

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 T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Data

✓

1	2
---	---

0	6
---	---

2	0	1	8
---	---	---	---

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

✓ Podpis Pracownika *Jan Nowak*