



# Deklaracja przystąpienia Członka Grupy Otwartej do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM MAX

PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy 9 0 0 0 0 0 2 4 4 3 7

Nazwa Grupy Otwartej

Strona 1 z 2

## Nazwa Ubezpieczającego

Pol-Assistance Sp. z o.o.



GRUP D2 Deklaracja przystąpienia

## Dane Członka Grupy Otwartej

Imię i nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców) Obywatelstwo<sup>1)</sup> (jeśli inne niż polskie)

Zawód wykonywany Data przystąpienia do Grupy Otwartej<sup>2)</sup>

## Adres do korespondencji

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Miejscowość Kod pocztowy - Kraj (jeśli inny niż Polska)

Wyrażam zgodę na doręczenie wszelkiej dokumentacji związanej z Umową ubezpieczenia, w tym rocznych informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy oraz wartości wykupu ubezpieczenia, a także dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego przystąpienie do Umowy (certyfikatu) oraz korespondencji kierowanej przez Generali Życie T.U. S.A. w trakcie trwania Umowy, o ile zapisy OWU nie stanowią inaczej:

za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta  na wskazany przeze mnie adres e-mail lub na innym trwałym nośniku informacji

Tel. komórkowy E-mail

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.

## Składka ochronna

Składka ochronna w kwocie:\*

Podgrupa  W1 - 44,50 zł  W2 - 59,00 zł  W3 - 58,00 zł

\*Proszę zaznaczyć "X" przy wybranym wariantcie

## Oświadczenia

### Oświadczenie o stanie zdrowia

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

- a) nie byłem(am) leczony(a) 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 stwierdzano odchyłań od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc. Jednocześnie oświadczam, że:
  - a) nie pozostawałem(am) niezdolny(a) do pracy dłużej niż 30 dni w ciągu ostatnich 12 miesięcy;
  - b) 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;
  - c) nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą);
  - d) nie rozpoznano u mnie którejkolwiek z wymienionych chorób lub stanów chorobowych przewlekłych: choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, wada serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV.

W przypadku braku możliwości podpisania powyższego Oświadczenia o stanie zdrowia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony kwestionariusz medyczny.

Podpis Członka Grupy Otwartej

- Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte powyżej 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 choć 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 zostałam mi doręczone oraz zapoznałam(em) się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A. (zwaną dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM Max, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim<sup>3)</sup>.  TAK  NIE
- 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.
- Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczących, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.
- 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.
- Komunikat informacyjny  
Ubezpieczycielem i administratorem danych osobowych pozostaje Generali Życie T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B. Pani/Pana dane będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania Umowy oraz - w ramach sprawliedliwego celu administratora – dla potrzeb marketingu produktów i usług własnych administratora. O ile Pani/Pan wyrazi odrębną zgodę dane mogą być przetwarzane dla celów marketingowych także w przyszłości albo udostępnione do podmiotów z Grupy Generali w Polsce (w szczególności: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A. z siedzibami w Warszawie, przy ul. Postępu 15B) w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne i przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do danych oraz ich poprawiania, jak również prawo odwołania zgody.

Data  DD MM RRRR Podpis Członka Grupy Otwartej Podpis osoby upoważnionej przez Pośrednika

## Objaśnienia

Verte --->

- W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.
- O ile Ubezpieczający nie określił inaczej w odrębnych zapisach, datą nabycia prawa przystąpienia do Umowy jest późniejsza za dat: data początku okresu ubezpieczenia lub data przystąpienia do Grupy Otwartej.
- nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.

