



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

### Dane kwalifikujące do ubezpieczenia:

#### 1. Czy wykonujesz jeden z wymienionych niżej zawodów?

pirotechnik, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, sportowiec zawodowy, żołnierz zawodowy, treser zwierząt niebezpiecznych, ratownik, ochroniarz z pozwoleniem na broń, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, korespondent wojenny, górnik, funkcjonariusz Straży Miejskiej/Gminnej, funkcjonariusz służb mundurowych (m. in. strażak, policjant, funkcjonariusz Służby Więziennej, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Centralnego Biura Śledczego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego), marynarz, kaskader, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, artysta cyrkowy, akrobata

Praca: pod ziemią, pod wodą, w charakterze pracownika używającego materiałów wybuchowych i łatwopalnych, w rafinerii, personelu samolotów, w tartaku, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna, pracownika rybołówstwa dalekomorskiego, na platformie wiertniczej, na wysokościach powyżej 10 metrów

TAK	NIE
-----	-----

#### 2. Czy przebywasz aktualnie na zwolnieniu lekarskim?

TAK	NIE
-----	-----

**Do ubezpieczenia nie może przystąpić osoba, która na powyższe pytania odpowiedziała TAK**

### Wybierz wariant:

WARIANT W1 38 zł	WARIANT W2 46 zł	WARIANT W3 49 zł	WARIANT W4 60 zł	WARIANT W5 80 zł	WARIANT W6 65 zł	WARIANT W7* 45 zł
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	----------------------

\*Wariant W7 dla osób w wieku powyżej 55 lat do 65 lat

### Adres do korespondencji i pozostałe dane:

Kod pocztowy:		Preferowany kontakt do aktywacji rachunku (mail / sms)	
Miejscowość:		Nr telefonu:	
Ulica:		Adres mail:	
Nr domu / lokalu:		Zawód:	

## Zgody i oświadczenia

### Zgody marketingowe

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 ubezpieczenia oraz - w ramach usprawiedliwionego 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.

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową, podmiotom należącym do 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 tych podmiotów.

 TAK NIE

2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A oraz podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną, w tym za pośrednictwem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, informacji promocyjnych i handlowych dotyczących produktów i usług podmiotów z Grupy Generali w Polsce

 TAK NIE

### 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

 TAK NIE

**W przypadku odpowiedzi NIE wymagana jest akceptacja Centrali Generali Życie po przesłaniu wypełnionego kwestionariusza medycznego**

### Uposażeni

Imię i nazwisko	Data urodzenia	% sumy ubezpieczenia

## Związek nieformalny

Wypełnienie umożliwi ubieganie się o świadczenie w przypadku śmierci partnera (z tytułu ryzyka Śmierć Współmałżonka / Śmierć Współmałżonka wskutek NW)

Imię:	
Nazwisko:	
PESEL:	

## Nr rachunku Klienta (dla zwrotu składek)

(nie obowiązkowe)

## Pozostałe oświadczenia

Oświadczam, że przystępując do Umowy ubezpieczenia zostałem poinformowany, że Towarzystwo na numer telefonu wskazany w deklaracji przystąpienia będzie przekazywało informacje dotyczące bieżącej obsługi certyfikatu np.. informacje o zaległości w składce.

Wyrażam zgodę na objęcie mojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie z sumą ubezpieczenia obowiązującą w wybranej przeze mnie podgrupie oraz upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu wymaganej zgody na zmianę warunków zastrzeżonej na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na przekazanie na żądanie Generali Życie T.U. S.A. przez podmioty, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654), które udzielały mi lub udzielać będą świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz Umowy i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom diagnostycznym, włącznie z pobraniem krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV, z wyłączeniem badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych zawartych w deklaracji przystąpienia w celu niezbędnym do obsługi i wykonywania Umowy.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe zawarte w deklaracji przystąpienia będą przetwarzane przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna jako administratora tych danych, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Postępu 15B, w celu niezbędnym do obsługi i wykonania Umowy, w celu analitycznym oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług, a także w celu wykonywania obowiązków wynikających z Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. Dz.U. z 2010 r. nr 46, poz. 276). Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści tych danych oraz ich poprawiania.

Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia, 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 wraz ze zmianami wynikającymi z postanowień szczególnych potwierdzonych polisą, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.

---

Miejscowość, data

---

Czytelny podpis osoby przystępującej  
do ubezpieczenia