

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

### Dane ubezpieczonego

Imię	
Nazwisko	
Pesel	

### Dane kwalifikujące do ubezpieczenia

Czy wykonujesz rodzaj pracy z wymienionych poniżej?

Tak

Nie

Ochroniarz z pozwoleniem na broń, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, żołnierz zawodowy, korespondent wojenny, sportowiec zawodowy, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ratownik, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, akrobata, treser zwierząt niebezpiecznych, 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), kaskader, marynarz, artysta cyrkowy, pirotechnik

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

Czy przebywasz aktualnie na zwolnieniu lekarskim?

Tak

Nie

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

### Wybierz Pakiet

W1	W2	W3	W4	W5	W6	W7
29 zł	58 zł	99 zł	53 zł	77 zł	120 zł	56 zł

### Adres do korespondencji i dane dodatkowe

Kod pocztowy		Preferowany kontakt do aktywacji rachunku	mail / sms
Miejscowość		Numer telefonu	
Ulica		E-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.

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
-----	-----

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 urzędzeń 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 (nie obowiązkowe)

Do ewentualnych zwrotów składek

Miejscowość	
Data	

Czytelny podpis	
-----------------	--