



Nr Polisy
Nr certyfikatu
Nazwa Ubezpieczającego

Nr Polisy, nr certyfikatu, nazwa Ubezpieczającego oraz nazwa OWU (CERTUM lub CERTUM MAX) są automatycznie nadawany przez system.



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

Dane o Członku Grupy Otwartej

Nazwisko*
Imię*
PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców)*
Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)*
Zawód wykonywany*
Data urodzenia*
Ulica*
Kod pocztowy*
Miejscowość*
Kraj (jeśli inny niż Polska)
Tel. komórkowy*
E-mail*

Dane osoby przystępującej a także adres korespondencji należy bezwzględnie uzupełnić. Data urodzenia wymagana w przypadku osób, które posługują się paszportem.
Wskazanie zawodu jest wymagane w celu weryfikacji czy osoba spełnia warunki przystąpienia.
Pole Tel. komórkowy należy obowiązkowo wypełnić - tylko w takim przypadku będzie możliwa komunikacja sms-owa z Ubezpieczonym.

Podany numer telefonu komórkowego służy do wysłania Ubezpieczonemu informacji w formie SMS dotyczących umowy ubezpieczenia np. informacji o zaległości w opłacaniu składki.
Podany adres e-mail służy przesyłaniu istotnych informacji dotyczących umowy ubezpieczenia.

Uposażeni

Jako Uposażonego Uposażonych do otrzymania świadczenia w przypadku mojej śmierci wyznaczam:

Lp.	Nazwisko*	Imię*	Data urodzenia*	Adres stałego zamieszkania* (ulica/miejscowość, nr domu, kod pocztowy)	% sumy ubezpieczenia*
Razem					100%

Do uzupełnienia wg. uznania osoby przystępującej. Złożoną dyspozycję można zmienić w trakcie trwania umowy. W przypadku nie wskazania Uposażonego świadczenie przysługuje spadkobiercom Ubezpieczonego w kolejności określonej w przepisach o dziedziczeniu ustawowym.

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 operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu);
b) nie stwierdzano odchyłań od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność leczenia.

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);
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), nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV.

Data
Podpis Członka Grupy Otwartej

W przypadku osób, które na dzień przystąpienia do Umowy będą miały ukończone 55 lat lub osób, które nie mogą złożyć podpisu pod powyższym Oświadczeniem o stanie zdrowia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony kwestionariusz medyczny.
W przypadku osób, które posiadają orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony kwestionariusz medyczny oraz kopię orzeczenia o przyznaniu świadczenia.

Składki*

Deklaruję następującą wysokość składki, która będzie przelewana na rachunek Towarzystwa z częstotliwością zadeklarowaną przez Członka Grupy Otwartej:

Składka ochronna w kwocie:
Podgrupa: W1, W2, W3, W4, W5, W6, W7

Wskazanie jednego Wariantu (Podgrupy) jest bezwzględnie wymagane. Liczba podgrup oraz wysokość składki ochronnej zacytywane są automatycznie z systemu.

Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałem się z warunkami ubezpieczenia, o których stanowi Umowa zawarta w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX wraz ze zmianami wynikającymi z postanowień wynikających z Umowy.
Oświadczam, że przystępując do niniejszej umowy zrezygnowałem z dniem z ochrony ubezpieczeniowej na Życie.
Zostałem poinformowany, że na etapie rozpatrywania ewentualnego roszczenia Towarzystwo może żądać dostarczenia następujących dokumentów:

Data i podpis Członka Grupy Otwartej bezwzględnie wymagane. Data podpisania musi być wcześniejsza niż data przystąpienia do Umowy.

Podpis Członka Grupy Otwartej*



Nr Polisy _____

Nr certyfikatu _____

Nazwa Ubezpieczającego _____

Oświadczenie nr 2 należy bezwzględnie wypełnić.

Oświadczenia

1. 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.

2. Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim²⁾:

TAK NIE

Do uzupełnienia tylko, gdy Ubezpieczony Członek Grupy Otwartej jest zainteresowany uzyskaniem świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia w stosunku do konkubenta np. z tytułu śmierci Konkubenta (w przypadku gdy zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko Śmierć Współmałżonka).

3. Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym

Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią¹⁾
(imię i nazwisko Ubezpieczonego) (imię i nazwisko Konkubenta)

nr PESEL* w związku nieformalnym.

4. 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.

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

6. Wyrażam zgodę na udostępnienie danych osobowych Generali T.U. S.A., Generali Otwarty Fundusz Emerytalny reprezentowany przez Generali PTE S.A. oraz Generali Finance sp. z o.o. z siedzibami w Warszawie przy ul. Postępu 15B, w celu marketingowym oraz analitycznym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być w każdym czasie odwołane.

Brak zaznaczenia X w okienkach obok punktów 6, 7 i 9 oznacza niewyrażenie zgody.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przystąpienia przez Generali T.U. S.A., Generali Otwarty Fundusz Emerytalny reprezentowany przez Generali PTE S.A. oraz Generali Finance sp. z o.o. z siedzibami w Warszawie przy ul. Postępu 15B, w celu marketingowym oraz analitycznym. Wyrażenie zgody jest dobrowolne i może być w każdym czasie odwołane.

8. 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 15 B, 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.

9. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej promującej usługi wskazanych wyżej podmiotów przesłanej za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

10. Oświadczam, że przystępując do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM/CERTUM MAX (dalej: umowa ubezpieczenia) zostałem poinformowany, że:

- 1. odpowiedzialność Towarzystwa trwa 1 miesiąc, z możliwością jej automatycznego przedłużenia na kolejny, analogiczny co do długości okres, pod warunkiem opłacenia składki w terminie do 26 dnia miesiąca poprzedzającego okres, na który odpowiedzialność Towarzystwa ma zostać przedłużona,
- 2. brak wpłaty składki w terminie, o którym mowa w pkt 1 powyżej, skutkuje nieprzedłużeniem odpowiedzialności Towarzystwa na kolejny okres.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, że w przypadku nieopłacenia składki w terminie, o którym mowa w pkt 1 powyżej, przedłużenie na kolejny okres możliwe jest jej wznowienie, o ile spełnione są łącznie poniższe warunki:

- 1. pomiędzy zakończeniem odpowiedzialności Towarzystwa a rozpoczęciem jej wznowienia musi upłynąć co najmniej 30 dni,
- 2. od dnia zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa do dnia wznowienia ochrony ubezpieczeniowej musi być opłacony przeterminowany okres ubezpieczenia,
- 3. mój wiek nie przekracza X lat.

Wiek wskazany w tym punkcie zacytywany jest automatycznie z systemu - w zależności od max wieku wygasania ochrony wskazanego w OWU lub postanowieniach szczególnych.

Mam świadomość, że wznowienie odpowiedzialności Towarzystwa nastąpi po opłaceniu składki.

Jednocześnie oświadczam, że opłacenie składki w terminie albo w ciągu 26 dni od dnia zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa, w przypadku jej nieprzedłużenia na kolejny okres, jest równoznaczne z moją wolą odpowiednio przedłużenia w stosunku do mnie tej odpowiedzialności albo jej wznowienia na dotychczasowych warunkach bez konieczności składania przeze mnie odrębnego oświadczenia woli, pod warunkiem, że pomiędzy ostatnim a bieżącym okresem odpowiedzialności Towarzystwa nie nastąpiła zmiana warunków Umowy.

11. Oświadczam, że przystępując do Umowy ubezpieczenia zostałem poinformowany, że odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od najbliższej miesięcznicy polisy po łącznym spełnieniu następujących warunków:

- 1. otrzymaniu przez Towarzystwo najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa czytelnie i kompletnie wypełnionej deklaracji przystąpienia,
 - 2. opłaceniu składki w terminie jej należności,
 - 3. pozytywnym przejściu indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, która przebiega w oparciu o czytelnie i kompletnie wypełniony kwestionariusz medyczny.
12. 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.
13. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany/a, że Towarzystwo udostępni za pośrednictwem internetu serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta. Korzystanie z Konta Klienta odbywa się na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną (zwanym dalej „Regulaminem”), którego treść dostępna jest w Koncie Klienta oraz na stronie internetowej Towarzystwa www.generali.pl. Korzystanie z Konta Klienta wymaga akceptacji Regulaminu.

Wskazanie numeru rachunku usprawni proces ewentualnych zwrotów składki.

14. Oświadczenie o numerze konta

W przypadku konieczności zwrotu składki proszę o przekazanie należnych środków na wskazany poniżej nr konta:

prowadzonego w:

Data* _____
d d m m r r r r

Data i podpis Członka Grupy Otwartej bezwzględnie wymagane. Data podpisania musi być wcześniejsza niż data przystąpienia do Umowy.

Podpis Członka Grupy Otwartej* _____

Wypełnia Ubezpieczający

Data przystąpienia do Grupy Otwartej*³⁾ _____
d d m m r r r r

Data wnioskowanego rozpoczęcia ochrony* _____
d d m m r r r r

Podpis Pośrednika (osoba upoważniona przez Ubezpieczającego)* _____

Data wnioskowanego rozpoczęcia ochrony - nie może być wcześniejsza niż pierwsza możliwa miesięcznica polisy po łącznym spełnieniu warunków:
- deklaracja przystąpienia wpłynęła do Przedstawiciela Ubezpieczającego najpóźniej do 20. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- pierwsza składka zostanie zapłaconą na konto Generali w terminie do 26. dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- ocena medyczna zakończyła się zgodą na ubezpieczenie.

Nazwa lub Imię i Nazwisko Pośrednika: _____

Pola wypełniane automatycznie - wyłącznie w przypadku wpisania poprawnych danych podczas generowania deklaracji przez Administratora.

Nr Pośrednika: _____

Objaśnienia

*) Pola obowiązkowe do wypełnienia

¹⁾ Niepotrzebne skreślić

²⁾ Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.

³⁾ Data przystąpienia do Grupy Otwartej - pierwsza data nawiązania stosunku prawnego pomiędzy Członkiem Grupy Otwartej a Grupą Otwartą, bądź innego stosunku prawnego zaakceptowanego przez Towarzystwo, jeżeli nie nastąpiła żadna przerwa w czasie trwania tego stosunku.

Nr Polisy Nr certyfikatu Nazwa Ubezpieczającego

Nazwisko*

Imię*

Przystępując do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM/CERTUM MAX (dalej: umowa ubezpieczenia) zostałem poinformowany, że:

1. Towarzystwo za pośrednictwem sms wysłanego na nr telefonu wskazany w deklaracji przystąpienia przekaże informację o rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa trwa 1 miesiąc, z możliwością jej automatycznego przedłużenia na kolejny, analogiczny co do długości okres, pod warunkiem opłacenia składki w terminie do 26 dnia miesiąca poprzedzającego okres, na który odpowiedzialność Towarzystwa ma zostać przedłużona.
3. Brak wpłaty składki w terminie, o którym mowa w pkt 2 powyżej, skutkuje nieprzedłużeniem odpowiedzialności Towarzystwa na kolejny okres.

Zostałem poinformowany, że w przypadku zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa nieprzedłużenie na kolejny okres możliwe jest jej wznowienie, o ile spełnione są łącznie poniższe warunki:

1. pomiędzy zakończeniem odpowiedzialności Towarzystwa a dniem wznowienia odpowiedzialności nie upłynęło więcej niż 30 dni, o ile w dniu zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa nie nastąpiła zmiana warunków umowy ubezpieczenia,
2. o ile w dniu zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa mój wiek nie przekracza X lat.

Mam świadomość, że wznowienie odpowiedzialności Towarzystwa nastąpi w dniu najbliższej miesięcznicy polisy, następującej po opłaceniu składki.

Opłacenie składki w terminie albo w ciągu 26 dni od dnia zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa, w przypadku jej nieprzedłużenia na kolejny okres, jest równoznaczne z moją wolą odpowiednio przedłużenia w stosunku do mnie tej odpowiedzialności albo jej wznowienia na dotychczasowych warunkach bez konieczności składania przeze mnie odrębnego oświadczenia woli, pod warunkiem, że pomiędzy ostatnim a bieżącym okresem odpowiedzialności Towarzystwa nie nastąpiła zmiana warunków Umowy.

Ankiety medyczne:

W przypadku osób, które na dzień przystąpienia do Umowy będą miały ukończone 55 lat lub osób, które nie mogą złożyć podpisu pod Oświadczeniem o stanie zdrowia wymagane jest wypełnienie kwestionariusza medycznego. Na jego podstawie Towarzystwo dokona indywidualnej oceny medycznej.

Numer konta Towarzystwa, na który należy wpłacić składkę:

Konto Klienta

Portal Konto Klienta to nowoczesny i kompleksowy serwis technologiczno - transakcyjny, zapewniający Klientom stały dostęp do informacji o ubezpieczeniu i opłaceniu składek.

Aby aktywować dostęp, należy wejść na stronę: konto.generali.pl, wybrać opcję: utwórz konto, uzupełnić dane i postępować zgodnie z podanymi wskazówkami.

Zgłaszanie roszczeń

Informacje dotyczące sposobu zgłaszania roszczeń uzupełnione o listę wymaganych dokumentów oraz formularze do wypełnienia dostępne są na stronie internetowej: www.generali.pl w zakładce „obsługa i pomoc”.

Ubezpieczony może wybrać najbardziej dogodną formę zgłaszania roszczeń:

→ Aplikacja mobilna Generali

Prosty formularz pozwala przesłać za pomocą aplikacji mobilnej zainstalowanej w telefonie wszystkie niezbędne dane, potrzebne do zgłoszenia roszczenia dot. śmierci Rodziców, śmierci teściów, urodzenia Dziecka. Wypłata należnych świadczeń już w ciągu 24 godzin od zgłoszenia.

→ Zgłoszenia roszczenia w trybie 48-godzin

Ubezpieczony, który prześle skany lub zdjęcia dokumentacji związanej z roszczeniem na adres mailowy: 48godzin@generali.pl otrzyma decyzję o wypłacie świadczenia w ciągu 48 godzin, bez potrzeby dosyłania oryginałów dokumentacji potwierdzonych za zgodność z oryginałem.

→ Zgłoszenie roszczenia pocztą elektroniczną

Skany wymaganych dokumentów dla danego roszczenia należy przesłać e-mailem na adres szkody.zycie@generali.pl

→ Zgłoszenie roszczenia pocztą tradycyjną

Ubezpieczony (Uposażony) kompletuje dokumentację oraz wypełnia wskazany na stronie internetowej formularz do danego roszczenia. Dokumenty wysyła na adres:

Generali Życie T.U. S.A
Departament Likwidacji Szkód Masowych
ul. Postępu 15b
02-676 Warszawa

Specjalna oferta zniżek

Specjalna oferta zniżek na ubezpieczenia majątkowe w Generali dostępna u Twojego Pośrednika.



Nr Polisy

Nr certyfikatu

Nazwa Ubezpieczającego

Zakres ubezpieczenia wraz z wysokością świadczeń

Wariant 1

Wariant 2

Wariant 3

Wariant 4

Wariant 5

Wariant 6

Wariant 7

1 Śmierć Ubezpieczonego

2 Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW

3 Klauzula 3

4 Klauzula 4

5 Klauzula 5

6 Klauzula 6

7 Klauzula 7

8 Klauzula 8

Niniejsza część generowana jest automatycznie z systemu i zawiera pełen zakres ubezpieczenia wraz z wysokością świadczeń funkcjonujący w danej polisie Grupy Otwartej.
Osoba przystępująca powinna zaznaczyć Wariant, który został wybrany.
Osoba spisująca deklarację z Klientem zobowiązana jest sprawdzić czy Wariant ubezpieczenia zaznaczony na stronie 1 - Część dla Towarzystwa jest zgodny z Wariantem zaznaczonym na stronie 4 - Część dla Ubezpieczonego.
Zaznaczone Warianty muszą być identyczne.