



Deklaracja przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm (DP10_MIŚ_GL_ZG3)

Nr wniosku/Nr polisy

Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

GENERALI**PROSIMY O WYPEŁNIANIE OBU STRON DEKLARACJI DRUKOWANYMI LITERAMI**

1-974-07.2018

Strona 1 z 2

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy

Stowarzyszenie Odpowiedzialni.pl

Osoba przystępująca do Umowy:

-
- Pracownik
-
-
- Współmałżonek/Partner (Konkubent) Pracownika
-
-
- Pełnoletnie dziecko Pracownika



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

Dane osoby przystępującej do Umowy

Imię i nazwisko _____

PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców) _____

Zawód wykonywany _____

Data urodzenia DD MM RRRR _____

Data zatrudnienia²⁾ DD MM RRRR _____

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)¹⁾ _____

Data zawarcia związku małżeńskiego³⁾ DD MM RRRR _____

Adres do korespondencji

Ulica, nr domu, nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Mięscowość _____ Kraj (jeśli inny niż Polska) _____

Tel. komórkowy* _____ E-mail* _____

Składka ochronna

Składka ochronna w kwocie 50 zł

Uposażeni (łączna wartość powinna wynosić 100%) - Uposażonych można również wskazać/zmienić za pośrednictwem Konta Klienta

Nazwisko i imię	Adres	Data urodzenia	% świadczenia
_____	_____	DD MM RRRR	____
_____	_____	DD MM RRRR	____
_____	_____	DD MM RRRR	____

Oświadczenie Pracownika o pozostawaniu w związku nieformalnym

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią _____ PESEL/Data urodzenia _____ w związku nieformalnym.
 _____ (w przypadku obcokrajowców)

(Imię i Nazwisko Partnera/Konkubenta)

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 przewidziały taką możliwość.

Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczenie nie dotyczy osób, które przystępują do umowy ubezpieczenia w dacie jej zawarcia i posiadają co najmniej 3 letni staż w wcześniejszej umowie ubezpieczenia.

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

- nie byłem leczony 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);
 - nie stwierdzono odchylenia od normy w wykonanych badaniach diagnostycznych, powodujących konieczność podjęcia leczenia trwającego dłużej niż 1 miesiąc.
- Jednocześnie oświadczam, że:
- 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;
 - nie oczekuję na wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych (za wyjątkiem badań okresowych, związanych z wykonywaną pracą);
 - 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, przełękła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV.

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

W przypadku braku możliwości podpisania powyższego Oświadczenia o stanie zdrowia do niniejszej Deklaracji należy dołączyć wypełniony Kwestionariusz medyczny (dostępny u Ubezpieczającego, w oddziałach lub na stronie www.generali.pl)

Oświadczenia

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia w ramach profilowania klientów przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania umowy ubezpieczenia. **Brak zgody oznacza brak możliwości przystąpienia do Umowy.**
- Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji 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 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.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zostały mi doręczone oraz zapoznałem się z warunkami, o których stanowi Umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie T.U. S.A., w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
- Oświadczam, że w dniu wypełnienia niniejszej Deklaracji nie jestem hospitalizowany i nie przebywam na 14-dniowym lub dłuższym zwolnieniu lekarskim⁴⁾ /zasilku rehabilitacyjnym.
Osoba hospitalizowana/przebywająca na zwolnieniu lekarskim/zasilku rehabilitacyjnym nie może przystąpić do Umowy. Nie dotyczy osób dotychczas ubezpieczonych przystępujących do Umowy w dniu jej zawarcia.
- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebrane przez Generali Życie T.U. S.A. takie jak imiona, nazwiska, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, dacie urodzenia, informację o rodzajach ubezpieczeń oraz historię 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 ubezpieczeniową były udostępnione i dalej przetwarzane przez inne podmioty z grupy Generali, tj. Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., oraz Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny z siedzibami przy ul. Postępu 15B: 02-676 Warszawa, w ich własnych celach marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie Klientów w celu poznania ich potrzeb oraz przygotowania odpowiedniej oferty.
- 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
- Zostałem poinformowany, że Generali Życie T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.
- Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałem Generali Życie T.U. S.A. w celu mojego przystąpienia do Umowy i jej wykonania, tj. współubezpieczonych lub uposażonych (w przypadku osób niepełnoletnich - opiekunów prawnych), z treścią Klauzuli Informacyjnej, stanowiącej Załącznik do niniejszej Deklaracji.

Zgody i Upoważnienia

O ile nie wyraża Pan/Pani zgody na którekolwiek z poniższych upoważnień, prosimy o jego skreślenie.

- 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.
- 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 świadczeniodawców, 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.

Data DD MM RRRR Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Dane Pracownika zgłaszającego do Umowy Współmałżonka/Partnera/Konkubenta/Pełnoletnie dziecko

Imię i Nazwisko _____ PESEL/nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców) _____

Data DD MM RRRR Podpis Pracownika _____



Deklaracja przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla małych i średnich firm (DP10_MIS_GL_ZG3)

Niniejszą deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu.

ZAŁĄCZNIK - KLAUZULA INFORMACYJNA - Informacja o przetwarzaniu Pana/Pani danych osobowych

Zgodnie z art. 13 ust. 1-2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej „RODO”) informujemy, że:

I. Administrator danych osobowych

My, Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., (dalej jako: Generali Życie T.U. S.A.) z siedzibą przy ul. Postępu 15B (02-676 Warszawa) jesteśmy Administratorem Pana/Pani danych osobowych.

II. Grupa Generali

Grupę Generali tworzą spółki: Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Powszechnie Towarzystwo Emerytalne S.A., z siedzibami przy ul. Postępu 15B; 02-676 Warszawa. W ramach Generali PTE S.A. administratorami danych osobowych są Generali Otwarty Fundusz Emerytalny i Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny.

III. Cele i podstawy przetwarzania

Będziemy przetwarzać Pana/Pani dane:

1. w celu przystąpienia / zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie Pana/Pani zainteresowania naszą ofertą (podstawa z art. 6 ust 1 lit. b RODO);
2. w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na podstawie obowiązku z art. 4 ust. 8 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej¹⁾ (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
3. w celu wypełnienia obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu na podstawie obowiązku z art. 33-46 ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu²⁾, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
4. w celu wypełnienia obowiązków związanych z raportowaniem FATCA na podstawie obowiązku z art. 4 ustawy wykonywanej Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA³⁾, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
5. w celu wypełnienia obowiązków związanych z raportowaniem CRS na podstawie obowiązku z art. 33 oraz 36 ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami⁴⁾, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
6. w celu rozpatrywania reklamacji na podstawie obowiązku z art. 3-10 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym⁵⁾ (podstawa z art. 6 ust 1 lit. c RODO);
7. w celu ewentualnego podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, w tym profilowania zgłoszeń szkód ubezpieczeniowych pod kątem potencjalnych przestępstw w celu pogłębienia badania zgłoszenia, będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zapobiegania przestępstwom ubezpieczeniowym oraz obrony przed nadużyciami, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
8. w celach analitycznych (doboru usług do potrzeb naszych Klientów, optymalizacji naszych produktów w oparciu także o Pana/Pani uwagi na ich temat i Pana/Pani zainteresowanie, itp.) będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
9. w celach archiwalnych (dowodowych) będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zabezpieczenia informacji na wypadek prawnej potrzeby wykazania faktów, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
10. w celu reasekuracji ryzyk będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
11. w celu ewentualnego ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego w tym interesu, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);

12. w celu badania satysfakcji Klientów będącego realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu określania jakości naszej obsługi oraz poziomu zadowolenia naszych Klientów z produktów i usług, gdy zawarliśmy umowę ubezpieczenia/ przystąpiliśmy Pan/Pani do umowy ubezpieczenia (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
 13. w celu oferowania Panu/Pani przez nas zniżek w ramach programów lojalnościowych będących realizacją naszego prawnie uzasadnionego interesu (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. f RODO);
 14. w celu oferowania Panu/Pani przez nas produktów i usług podmiotów z Grupy Generali bezpośrednio (marketing bezpośredni), w tym dobierania ich pod kątem Pana/Pani potrzeb, czyli profilowania, za Pana/Pani dobrowolną zgodą (podstawa z art. 6 ust. 1 lit. a) RODO);
 15. dodatkowo, w celu oceny ryzyka oraz realizacji umowy ubezpieczenia będziemy przetwarzać dane osobowe dotyczące Pana/Pani zdrowia na podstawie zgody (w związku z art. 9 ust. 2 lit. a) RODO).
- #### IV. Odbiorcy danych
1. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać ujawnione: podmiotom z Grupy Generali, naszym partnerom, czyli firmom, z którymi współpracujemy łącząc produkty lub usługi, zakładom reasekuracji. Do Pana/Pani danych mogą też mieć dostęp nasi podwykonawcy (podmioty przetwarzające) np. firmy księggowe, prawnicze, informatyczne, likwidatorzy szkód, wykonawcy usług w ramach likwidacji szkód.
 2. Pana/Pani dane osobowe mogą zostać ujawnione naszym partnerom znajdującym się poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, z którymi współpracujemy łącząc produkty i usługi. W przypadku danych przekazywanych do Stanów Zjednoczonych, odbywa się to na podstawie regulacji Privacy Shield. Odbiorcy z siedzibą w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym wdrożyli odpowiednie lub właściwe zabezpieczenia Pana/Pani danych osobowych. Przysługuje Panu/Pani prawo do uzyskania kopii przekazanych danych osobowych.
- #### V. Prawa osób, których dane dotyczą:
- Zgodnie z RODO, przysługuje Panu/Pani:
- a) prawo do wycofania zgody (tam, gdzie podstawą prawną przetwarzania jest zgoda);
 - b) prawo dostępu do swoich danych oraz otrzymania ich kopii;
 - c) prawo sprostowania (poprawiania) swoich danych;
 - d) prawo usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych;
 - e) prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - f) prawo przenoszenia danych tj. do otrzymania od administratora Pana/Pani danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które można przesłać innemu administratorowi;
 - g) prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.
- #### VI. Informacja o wymogu podania danych
- Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy i dokonaniem oceny ryzyka jest konieczne do przystąpienia / zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie / przystąpienie do umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są pod adresem <https://www.generali.pl/nota-prawna.html>

- ¹⁾ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
- ²⁾ Ustawa z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
- ³⁾ Ustawa z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA
- ⁴⁾ Ustawa z dnia 9 marca 2017r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
- ⁵⁾ Ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym

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) Uzupelnic w przypadku przystąpienia do Umowy Współmałżonka ubezpieczonego Pracownika.
 - 4) 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 aktywacyjnego 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.generalip.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, promocjach lub zniżkach, podany numer telefonu, adres e-mail będzie służył również do przekazywania tych informacji.

Deklaracja przystąpienia do Stowarzyszenia Odpowiedzialni.pl

Deklaruję chęć przystąpienia do Stowarzyszenia Odpowiedzialni.pl i proszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających. Oświadczam, że są mi znane postanowienia [Statutu Stowarzyszenia Odpowiedzialni.pl](#).

Oświadczam, że zapoznałem się z [obowiązkiem informacyjnym](#).

Jestem świadomy(a), że brak terminowej wpłaty jest równoznaczny z wystąpieniem z ubezpieczenia oraz jednoczesnym wystąpieniem ze Stowarzyszenia Odpowiedzialni.pl.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości SMS z przypomnieniem o płatności składki na wskazany poniżej numer telefonu.

Imię: _____

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Adres e-mail: _____

data i czytelny podpis