



Nr Polisy

Nr certyfikatu

Nazwa Ubezpieczającego

Osoba przystępująca do Umowy:

Współmałżonek Członka Grupy Otwartej

Konkubent Członka Grupy Otwartej

Pełnoletnie dziecko Członka Grupy Otwartej

strona 1 z 4

Część dla Towarzystwa



GO_04.2018

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

Dane Członka Rodziny przystępującego do Umowy

Imię Nazwisko

PESEL/nr Data urodzenia Obywatelstwo ¹⁾ (jeśli inne niż polskie)

Pasportu (dla obcokrajowców)

Zawód wykonywany

Adres do korespondencji

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy Miejscowość Kraj (jeśli inny niż Polska)

Tel. Komórkowy E-mail

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

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

Lp.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	Adres	% świadczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Razem				100%

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

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, zażmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu);
- b) nie stwierdzano odchył 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.

Do Umowy nie może przystąpić osoba, która nie złożyła podpisu pod powyższym oświadczeniem o stanie zdrowia a także osoba posiadająca orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy

Podpis Członka Rodziny

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. moich danych osobowych o stanie zdrowia w ramach profilowania klientów przed zawarciem 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 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 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(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/CERTUM Max wraz ze zmianami wynikającymi z postanowień szczególnych potwierdzonych polisą, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałem(em) się z treścią Klauzuli Informacyjnej, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.
- Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim²⁾: TAK NIE
- Zobowiązuję się do zapoznania osób, których dane osobowe przekazałem Generali Życie T.U. S.A. w celu przystąpienia do niniejszej Umowy i jej wykonania, tj. współubezpieczonych lub uposażonych (w przypadku osób niepełnoletnich - opiekunów prawnych), z treścią Klauzuli Informacyjnej, dotyczącej przetwarzania danych osobowych przekazaną mi przez Generali Życie T.U. S.A.

Składka

Deklaruję następującą wysokość składki, która będzie przelewana na rachunek Towarzystwa z częstotliwością zadeklarowaną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX:

Składka ochronna w kwocie: Podgrupa: W1

Oświadczam, że przystępując do niniejszej umowy zrezygnowałem z dniem z ochrony świadczonej przez poprzedniego Ubezpieczyciela, którym był

Zostałem poinformowany, że na etapie rozpatrywania ewentualnego roszczenia Towarzystwo może żądać dostarczenia pisemnego potwierdzenia rozwiązania wcześniejszej umowy wydanego przez ww. Zakład Ubezpieczeń.

Oświadczenie Ubezpieczonego - część dla Ubezpieczającego

- udzielam Ubezpieczającemu, którym jest (pełna nazwa Ubezpieczającego) zgody na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w dokumentach związanych z Umową Grupowego Ubezpieczenia na Życie Certum (dalej umowa grupowa) zawieraną pomiędzy Generali Życie TU S.A., a Ubezpieczającym, a w szczególności w Deklaracji Przystąpienia, Deklaracji Zmiany, dokumentacji szkodowej, a także w serwisie informacyjno-transakcyjnym o nazwie „Konto Klienta” wyświetlanym na stronie internetowej www.konto.generali.pl oraz akceptuję, że przetwarzanie tych danych osobowych jest konieczne do zawarcia lub wykonywania umowy grupowej bądź umowy brokerskiej łączącej Ubezpieczającego i PWS Konstanta S. A. z siedzibą w Bielsku – Białej (dalej umowa brokerska); zgoda o której mowa w niniejszym punkcie nie dotyczy danych, o których mowa w art. 27 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 ze zm.);
- Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych wskazanych powyżej zakładom ubezpieczeń, osobom działającym w imieniu lub na rzecz zakładów ubezpieczeń, osobom działającym w imieniu lub na rzecz Ubezpieczającego, a w szczególności Polisie Grupowej sp. z o.o. z siedzibą w Bielsku – Białej, PWS Konstanta S.A. z siedzibą w Bielsku – Białej, a także osobom współpracującym na wyłączność z PWS Konstanta S. A., spełniających wymogi, o których mowa w art. 28 ust. 3 pkt 1 lit. a-e. lub pkt. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r., poz. 1450 z późn. zm.), w celu zawarcia lub wykonywania umowy grupowej lub umowy brokerskiej;
- Oświadczam, że zostałem (-lam) poinformowany (-na):
 - ze administratorem moich danych osobowych jest
 - o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawienia,
 - ze celem przetwarzania moich danych osobowych jest zawarcie lub wykonywanie umowy grupowej lub umowy brokerskiej, cele analityczne, a także marketing bezpośredni produktów i usług Polisa Grupowa sp. z o.o. oraz realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa – aktualnie i w przyszłości,
 - o przewidywanych kategoriach odbiorców moich danych osobowych, którymi są zakłady ubezpieczeń, osoby działające w imieniu lub na rzecz zakładów ubezpieczeń, osoby działające w imieniu lub na rzecz Ubezpieczającego, Polisa Grupowa sp. z o.o., PWS Konstanta S.A., a także osoby współpracujące na wyłączność z PWS Konstanta S. A., spełniające wymogi, o których mowa w art. 28 ust. 3 pkt 1 lit. a-e. lub pkt. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2014 r., poz. 1450 z późn. zm.),
 - że podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy grupowej oraz umowy brokerskiej.
 - Akceptuję regulamin serwisu

Data

Podpis Członka Rodziny

Nr Polisy Nr certyfikatu Nazwa Ubezpieczającego **Oświadczenia. Wyrażenie zgody umożliwi przekazywanie informacji o produktach, promocjach lub zniżkach oferowanych przez grupę Generali**

1. Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe zebrane przez Generali Życie T.U. S.A. takie jak imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płci, dacie urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia 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 Powszechne 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.
2. 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
3. Zostałem(em) poinformowany(a), że Generali Życie T.U. S.A. udostępni za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Pozostałe oświadczenia**1. Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym**

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

nr PESEL* w związku nieformalnym.

2. Oświadczam, że przystępując do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie CERTUM/CERTUM MAX (dalej: umowa ubezpieczenia) zostałem poinformowany, że:
- 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,
 - 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 zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa z uwagi na jej nieprzedłużenie na kolejny okres możliwe jest jej wznowienie, o ile spełnione są łącznie poniższe warunki:
- pomiędzy zakończeniem odpowiedzialności Towarzystwa, a wpłatą składki nie upłynęło więcej niż 26 dni,
 - od dnia zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa do dnia jej wznowienia nie nastąpiła zmiana warunków umowy ubezpieczenia,
 - mój wiek nie przekracza 65 lat.
- Mam świadomość, że wznowienie odpowiedzialności Towarzystwa nastąpi w dniu najbliższej miesięcznicy polisy, następującej 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.
3. Oświadczam, że przystępując do Umowy ubezpieczenia zostałem poinformowany, że odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od najbliższej miesięcznicy polisy po łącznym spełnieniu następujących warunków:
- otrzymaniu przez Towarzystwo najpóźniej do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa czytelnie i kompletnie wypełnionej deklaracji przystąpienia,
 - opłaceniu składki w terminie jej należności,
 - pozytywnym przejściu indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, która przebiega w oparciu o czytelnie i kompletnie wypełniony kwestionariusz medyczny.
4. 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.

5. Zgody i upoważnienia**

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

- a) Wyrażam zgodę na adreśowanie 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.
- b) 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.
- c) 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.
- d) 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.

6. Oświadczenie o numerze konta

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

prowadzonego w:

Data**Podpis Członka Rodziny****Wypełnia Ubezpieczający**

Data przystąpienia do Grupy Otwartej³⁾

Data wnioskowanego rozpoczęcia ochrony

Podpis Pośrednika (osoba upoważniona przez Ubezpieczającego)

Nazwa lub Imię i Nazwisko Pośrednika:

Nr Pośrednika:

Objaśnienia

- W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie.
- Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny.
- 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



GO_04.2018

Nazwisko i 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 z uwagi na jej nieprzedłużenie na kolejny okres możliwe jest jej wznowienie, o ile spełnione są łącznie poniższe warunki:

1. pomiędzy zakończeniem odpowiedzialności Towarzystwa, a wpłatą składki nie upłynęło więcej niż 26 dni,
2. od dnia zakończenia odpowiedzialności Towarzystwa do dnia jej wznowienia nie nastąpiła zmiana warunków umowy ubezpieczenia,
3. mój wiek nie przekracza 65 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.

Numer konta Towarzystwa, na który należy wpłacić składkę:

Imię i nazwisko Pośrednika Nr telefonu Pośrednika

Data

Podpis Pośrednika (osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego)

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 Powszechne Towarzystwo Emerytalne S.A., z siedzibą 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 brudnych pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu na podstawie obowiązku z art. 8-10d 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 wykonywaniu 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 9 marca 2017r. 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 będących 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 księgowe, 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. Przystępując 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 16 listopada 2000 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



Nr Polisy
Nr certyfikatu
Nazwa Ubezpieczającego

strona 4 z 4
Część dla Ubezpiezonego



Zakres ubezpieczenia wraz z wysokością świadczeń

Wariant 1 Wariant 2 Wariant 3 Wariant 4 Wariant 5 Wariant 6 Wariant 7

1 Śmierć Ubezpiezonego

2 Śmierć Ubezpiezonego wskutek NW

3 Klauzula 3

4 Klauzula 4

5 Klauzula 5

6 Klauzula 6

7 Klauzula 7

8 Klauzula 8