



Nr Polisy **9000029870**
 Nr certyfikatu
 Nazwa Ubezpieczającego **Beskidzka Izba Lekarska, ul. Bystrzańska 23, 43-300 Bielsko-Biała, NIP : 5471020111, REGON : 006212766**

Część dla Towarzystwa



GO_07.2022

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

Dane Członka Grupy Otwartej

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
PESEL/nr Paszportu (dla obcokrajowców)	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Zawód wykonywany	<input type="text"/>	Dokument tożsamości (seria i numer)	<input type="text"/>
Państwo urodzenia (jeśli inne niż polskie)	<input type="text"/>	Płeć	<input type="text"/> K <input type="text"/> M
Adres zamieszkania	<input type="text"/>	Typ dokumentu tożsamości	<input type="text"/> dowód <input type="text"/> paszport <input type="text"/> karta pobytu
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>	Kraj (jeśli inny niż Polska)	<input type="text"/>
Tel. Komórkowy	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

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:

Uposażony 1

Imię/Nazwisko/Nazwa	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>
Forma prawna	<input type="text"/>	Państwo urodzenia (jeśli inne niż polskie)	<input type="text"/>	świadczenia	<input type="text"/>
NIP i REGON	<input type="text"/>	Płeć	<input type="text"/> K <input type="text"/> M		
Adres zamieszkania	<input type="text"/>	Kraj (jeśli inny niż Polska)	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>		
Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>	Relacja do Ubezpieczonego ⁴⁾	<input type="text"/>		

Uposażony 2

Imię/Nazwisko/Nazwa	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>	%	<input type="text"/>
Forma prawna	<input type="text"/>	Państwo urodzenia (jeśli inne niż polskie)	<input type="text"/>	świadczenia	<input type="text"/>
NIP i REGON	<input type="text"/>	Płeć	<input type="text"/> K <input type="text"/> M		
Adres zamieszkania	<input type="text"/>	Kraj (jeśli inny niż Polska)	<input type="text"/>		
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>		
Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>	Relacja do Ubezpieczonego ⁴⁾	<input type="text"/>		

Adres zamieszkania

Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>	Kraj (jeśli inny niż Polska)	<input type="text"/>
Ulica, nr domu, nr mieszkania	<input type="text"/>	Relacja do Ubezpieczonego ⁴⁾	<input type="text"/>		

⁴⁾ Relacje do wyboru: mąż/żona, dziecko, rodzic, rodzeństwo, wnuk/wnuczka, krewny, partner/partnerka, inny niespokrewniony, odmawiam podania, zawodowe

Oświadczenia niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową

Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że w dniu wypełnienia niniejszej deklaracji:

a) jestem hospitalizowany(a) TAK NIE

b) przebywam na 14 dniowym zwolnieniu lekarskim TAK NIE

Do Umowy nie może przystąpić osoba która w pkt. a) lub w pkt. b) zaznaczyła odpowiedź TAK, a także osoba posiadające orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy.

Podpis Członka Grupy Otwartej

- 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 doreczone oraz zapoznałam(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 szkodowych potwierdzonych polisa. Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokości sum ubezpieczenia wynikających z Umowy.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy zapoznałam(em) się z treścią informacji o przetwarzaniu danych osobowych, która stanowi Załącznik do niniejszej Deklaracji.

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

Oświadczenia Ubezpieczonego - część dla Ubezpieczającego:

- Udzielam Ubezpieczającemu, którym jest Beskidzka Izba Lekarska zgodę 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.); 2. 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; 3. Oświadczam, że zostałam (-am) poinformowany (-na): 3.1. że administratorem moich danych osobowych jest Beskidzka Izba Lekarska, ul. Kraśnickiego 28, 43-300 Bielsko-Biała, NIP : 5471020111, REGON : 006212766, 3.2. o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawienia, 3.3. że celem przetwarzania moich danych osobowych jest zawarcie lub wykonywanie umowy grupowej lub umowy brokerskiej, cele analityczne, a także marketing bezpośredni produktów i usług Polisa Grupa sp. z o.o. oraz realizacja obowiązków wynikających z przepisów prawa – składowe i w przyszłości, 3.4. o przewidywanych kategoriach odbiorców moich danych osobowych, którym są zakłady ubezpieczeń, osoby działające w imieniu lub na rzecz zakładów ubezpieczeń, osoby działające w imieniu lub na rzecz Ubezpieczającego, Polisa Grupa 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.), 3.5. że podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy grupowej oraz umowy brokerskiej, 3.6 Akceptuję regulamin serwisu.

Data

Podpis Członka Grupy Otwartej

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 **9000029870**
 Nr certyfikatu
 Nazwa Ubezpieczającego **Bestkidzka Izba Lekarska, ul. Bystrzańska 23, 43-300 Bielsko-Biała, NIP : 5471020111, REGON : 006212766**

strona 2 z 4
Część dla Towarzystwa

 GO 07.2022

Zgody i oświadczenia

Zgoda pozwoli na informowanie o ciekawych produktach i usługach dopasowanych do Twoich potrzeb oraz atrakcyjnych zniżkach dostępnych w ramach Programu Rabatowego Generali.

- Wyrażam zgodę na wszystkie poniższe
- Zgadzam się na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, w tym danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową, innym podmiotom z Grupy Generali (Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali Dobrowolny Fundusz Emerytalny zarządzany i reprezentowany przez Generali PTE S.A., Generali Investments TFI S.A.) oraz ich przetwarzanie przez te podmioty w ich celach marketingowych. Dane osobowe udostępniane do dalszego przetwarzania obejmują: wszystkie informacje zawarte w formularzach, umowach, wnioskach lub ofertach, w tym informacje o moich produktach finansowych lub ubezpieczeniowych, przedmiotach ubezpieczenia, szkodach i ich likwidacji. Dane będą przetwarzane w celu dostosowania oferty produktów finansowych lub ubezpieczeniowych Grupy Generali do moich indywidualnych potrzeb i preferencji. Moja zgoda dotyczy zarówno danych pozyskanych przed wyrażeniem zgody (w szczególności w toku zawierania i wykonywania poprzednich umów ubezpieczenia), jak również danych zebranych później. Wyrażona zgoda będzie podstawą do udostępniania i przetwarzania danych pozyskanych do czasu jej odwołania. Zgodę mogę wycofać w każdym czasie w sposób opisany w Informacji o przetwarzaniu danych osobowych.
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail/SMS):
 TAK NIE
- Zgadzam się na prezentację w celach marketingowych produktów i usług finansowych od Generali Życie T.U. S.A. oraz innych podmiotów z Grupy Generali poprzez kontakt telefoniczny:
 TAK NIE
- Zostałem(em) poinformowana(y), że Generali Życie T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej konto.generali.pl serwis informacyjno-transakcyjny o nazwie Konto Klienta.

Pozostałe oświadczenia.

- 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.
- 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 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.
 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.
- 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.
- 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.
- 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) Wyrażam zgodę, aby Generali Życie T.U. S.A. otrzymywała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, np. szpitali, przychodni lekarskich („Zakłady Lecznicze”), wskazane niżej informacje, w tym informacje o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia i ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia oraz, w przypadku zgłoszenia przeze mnie roszczeń, na otrzymywanie od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o adresach i nazwach Zakładów Leczniczych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych w związku ze zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Generali Życie T.U. S.A. Zakres informacji o moim stanie zdrowia obejmuje: przyczyny hospitalizacji oraz leczenia ambulatoryjnego, wykonane w ich trakcie badania diagnostyczne i wyniki tych badań, inne udzielone świadczenia zdrowotne oraz wyniki leczenia, wyniki przeprowadzonych konsultacji, przyczynę śmierci i wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. **Brak zgody oznacza brak możliwości przystąpienia do Umowy.**
 c) Wyrażam zgodę na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. innym zakładom ubezpieczeń, na ich żądanie, moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i 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 Grupy Otwartej

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:



Nr Polisy

Nr certyfikatu

Nazwa Ubezpieczającego



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)



Nr Polisy **90000029870**

Nr certyfikatu

Nazwa Ubezpieczającego **Beskidzka Izba Lekarska, ul. Bystrzańska 23, 43-300 Bielsko-Biała, NIP : 5471020111, REGON : 006212766**



GO_07.2022

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

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.