



# Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX/Employee's Declaration of Accession to CERTUM/CERTUM MAX Group Life Insurance Agreement

Niniejszą Deklaracją Pracownik zobowiązuje się przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu./The Employee is obliged to deliver this Declaration promptly to the Policyholder.

PROSIMY O WYPEŁNIANIE DRUKOWANYMI LITERAMI/WE ASK FOR FILLING UP WITH BLOCK CAPITALS

Nr polisy/Policy no.

9 0 0 0 0 0 1 8 8 2 5

Nazwa Ubezpieczającego/Pracodawcy / Name of the Policyholder/Employer

Strona 1 z 2 / Page 1 of 2

TOP PROMOTION Sp. z o.o.



GRUP 02 Deklaracja przystąpienia

## Dane Pracownika / Information about the Employee

Imię i Nazwisko/  
Name and Surname

Data urodzenia/  
Date of birth

Zawód  
wykonywany/Profession  
performed

PESEL/nr Paszportu  
(w przypadku obcokrajowców) / Passport  
no (in case of foreigners)

Obywatelstwo/Nationality<sup>2)</sup>  
(in case of foreigners)

Data zatrudnienia<sup>3)</sup>

## Adres do korespondencji /Correspondence address

Ulica, nr domu,  
nr mieszkania/  
Street, Street no, Flat  
no

Miejscowość/  
City/Town

Kod pocztowy  
Postal code

Kraj/Country  
(jeśli inny niż Polska)  
(if another than Poland)

Wyrażam zgodę na doręczenie wszelkiej dokumentacji związanej z Umową ubezpieczenia, w tym rocznych informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy, a także dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego przystąpienie do Umowy (certyfikatu) oraz korespondencji kierowanej przez Generali Życie T.U. S.A. w trakcie trwania Umowy, o ile zapisy OWU nie stanowią inaczej: I grant my consent to deliver every documentation connected with the insurance contract, also annual information about the height of benefits it being entitled on account of the Agreement, as well as the document of insurance confirming the accession to the Agreement (of certificate) and of directed correspondence through Generali Życie T.U. S.A. in the course of lasting the Agreement, provided regulations in OWU do not present otherwise.

za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego Konto Klienta /via Customer Account information and transactional service  na wskazany przeze mnie adres e-mail lub na innym trwałym nośniku informacji/to the e-mail address indicated by me or on other long-lasting medium

Tel. komórkowy/  
Mobile phone

E-mail

Podany numer telefonu komórkowego służy także do wysłania w formie SMS informacji dotyczących obsługiwanych umów ubezpieczenia np. klucza aktywacyjnego niezbędnego do zarejestrowania się w Koncie Klienta. itp./Mobile number is also used to send SMS about the supported insurance contracts such as the activation key required to register in Customer Account. Podany adres E-mail służy przesyłaniu istotnych informacji dotyczących umowy ubezpieczenia./The given e-mail address is transmitting relevant information regarding the insurance contract.

## Składka ochronna /Premium for protection

### Pakiet Sponsorowany/Sponsored Package

opłacany ze środków Pracodawcy /paid by the Employer

X	0,48999621% MWB
---	-----------------

### Pakiet Dobrowolny/Voluntary Package

opłacany ze środków Pracodawcy  
/paid by the Employer

10,00 zł
----------

opłacany ze środków Pracownika  
/paid by the Employee

10,00 zł
----------

MWB - miesięczne wynagrodzenie brutto / monthly gross salary

## Oświadczenia/ Declarations

1. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem wszystkie informacje zawarte powyżej są prawdziwe i wyczerpujące./I declare that to the best of my knowledge and belief all the information provided above is true and complete.

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 choć 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./I, the undersigned, agree that all the statements made in this declaration and other documents provided to Generali Życie T.U. S.A. in connection with the Contract shall be used as the basis for the insurance cover provided to me under this Contract. By signing the declaration, I declare that I want to exercise the insurance cover reserved in my favour under the terms of the Contract and agree to its terms and the amount of the sum insured. I authorize the Policyholder to express on my behalf the required consent to change the conditions of the insurance cover reserved in my favour.

2. 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. (zwana dalej Towarzystwem), w tym z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia wynikających z Umowy./I declare that before entering into this Contract I was provided with and I read the terms and conditions referred to in the Contract executed between the Policyholder and Generali Życie T.U. S.A. (hereinafter referred to as the Insurance Company), including General Terms and Conditions of Group Life Insurance CERTUM/CERTUM MAX, the Index, the scope of the cover and the amount of sums insured arising out of the Contract.

3. Oświadczam, że w dniu wypełnienia niniejszej Deklaracji./I declare that on the day this Declaration is filled out:

a) jestem hospitalizowany/I am hospitalized  TAK/YES  NIE/NO b) przebywam na ponad 14- dniowym zwolnieniu lekarskim/I am on a sick leave of more than 14 days<sup>4)</sup>  TAK/YES  NIE/NO

4. Komunikat informacyjny/Information message

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 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. /Generali Życie T.U. S.A. with its registered office in Warsaw, ul. Postępu 15B, is the Insurer and personal data controller. Your data will be processed in order to execute and perform the Contract, and - in the context of the legitimate aim of the data controller - for marketing of proprietary products and services of the data controller. If you grant a separate consent, your data may be processed for marketing purposes in the future or provided to entities in the Generali Group in Poland (in particular: Generali T.U. S.A., Generali Finance Sp. z o.o., Generali PTE S.A. with their registered offices in Warsaw, ul. Postępu 15B) for marketing purposes. Submission of the data is voluntary and you have the right to access and correct your data, as well as the right to withdraw your consent.

Data/Date

DD MM RRRR

Podpis Pracownika/ Employee's signature

Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego/  
Signature of a person authorised by the Policyholder

Verte --->



# Deklaracja przystąpienia Pracownika

do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie CERTUM/CERTUM MAX / Employee's Declaration of Accession to

CERTUM/CERTUM MAX Group Life Insurance Agreement

Niniejszą Deklarację Pracownik zobowiązany jest przekazać niezwłocznie Ubezpieczającemu./The Employee is obliged to deliver this Declaration promptly to the Policyholder.

Nr polisy/Policy no.

9 0 0 0 0 0 1 8 8 2 5

Uposażeni (łączna wartość powinna wynosić 100%) - Uposażonych można również wskazać/zmienić za pośrednictwem Konta Klienta /Beneficiaries (aggregate value should be 100%) - Beneficiaries can be also specified or change via Customer Account service

Form with fields for Name, Address, Date of Birth, and % of benefit.

## Oświadczenie o pozostawaniu w związku nieformalnym / Declaration on an informal relationship

Oświadczam, że pozostaję z Panem/Panią... (Imię i Nazwisko Partnera / Partner's name and surname) numer PESEL... w związku nieformalnym.

## Pozostałe oświadczenia

- 1. Upoważniam podmioty prowadzące działalność leczniczą do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., pełnej informacji, w tym dokumentacji, dotyczącej mojego stanu zdrowia...
2. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia na wniosek Generali Życie T.U. S.A., danych o nazwach i adresach świadczeniodawców...
3. 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...
4. Wyrażam zgodę na udostępnienie i dalsze przetwarzanie moich danych osobowych, w tym objętych tajemnicą ubezpieczeniową...
5. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Generali Życie T.U. S.A. oraz podmiotów z Grupy Generali w Polsce drogą elektroniczną...
6. Zostałam(em) poinformowana(ny), że Generali Życie T.U. S.A. udostępnia za pośrednictwem strony internetowej konto.general.pl...

Signature and date fields for Employee and authorized person.

## Oświadczenie Ubezpieczonego część dla Brokera / Statement of the Insured - part for Broker

Mercer (Polska) Sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, adres: Al. Jerozolimskie 98, 00-807 Warszawa informuje, że w związku ze świadczeniem usług brokerskich posiada status administratora danych Pani/Pana danych osobowych, które: / Mercer (Polska) Sp. z o.o. with its registered seat in Warsaw, Al. Jerozolimskie 98, 00-807 Warsaw, informs that with respect to brokerage servicing it has a status of data controller of your personal data that:

- zostały dobrowolnie podane / were voluntarily provided by yourself;
- zostały udostępnione przez Pani/Pana Zleceniodawcę/Pracodawcę oraz / were provided by your Employer / Commissioner and
- które zostaną udostępnione przez Generali Życie T.U. S.A. / will be provided by Generali Życie T.U. S.A.

Dane osobowe będą przetwarzane w celu świadczenia usług brokerskich, a także w celach archiwizacyjnych, statystycznych oraz na potrzeby ewentualnych postępowań związanych ze świadczeniem usług brokerskich. Mercer będzie przetwarzał następujące dane osobowe: Imię, Nazwisko, PESEL/datę urodzenia, wynagrodzenie (jeżeli tak stanowi umowa ubezpieczenia), adres e-mail, telefon, stanowisko, nazwę firmy, w tym dane wrażliwe, tj. informacje o stanie zdrowia. Każdej osobie, której dane są przetwarzane przez Mercer przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody / Statement on data processing consent

Wyrażam zgodę Mercer (Polska) Sp. z o.o. na przetwarzanie moich ww. danych osobowych, w tym danych wrażliwych, tj. informacji o stanie zdrowia), w celach archiwizacyjnych oraz na potrzeby ewentualnych postępowań związanych ze świadczeniem usług brokerskich. / I give my approval to Mercer (Polska) Sp. z o.o. to process my, above described, personal data including sensitive data i.e. health information in order to deliver brokerage services as well as in purpose of archiving and possible proceedings connected with brokerage servicing.

Signature and date fields for Employee.

## Objaśnienia/ Explanations

- 1) Niepotrzebne skreślić/Delete whichever is unnecessary.
2) W przypadku posiadania podwójnego obywatelstwa, z których jedno jest amerykańskie, należy podać obywatelstwo amerykańskie./In case of dual nationality, one of which is American, should be given American nationality.
3) 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 / Date of employment - the first date of entering into an employment relationship between the Employer and the Policyholder, membership or another legal relationship acceptable for the Company, if no break in the duration of such relationship occurred
4) Nie dotyczy przebywania na zwolnieniu lekarskim z powodu sprawowania opieki nad chorym Członkiem Rodziny/Does not apply being on sick leave because of caring for a sick member of the family.