

# WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA GENERALI Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS



## WYBÓR WARIANTU

- wariant W1                       wariant W2                       wariant W3                       wariant W4  
 wariant W5                       wariant W5                       wariant W7                       wariant W8  
 wariant W9

## PAKIETY DODATKOWE

- RENTA: Ile osób uposażonych: ..... Kwota renty (min.300zł): ..... Okres wypłaty renty (od 3 do 25 lat): .....  
 POWAŻNE ZACHOROWANIA – dodatkowe choroby 11 jednostek, suma: .....  
 PAKIET RAKOWY – suma: .....  
 USŁUGI MEDYCZNE – dotyczy Wariantu 1 i 4  
 SPECJALISTYCZNE ZABIEGI MEDYCZNE  
 DRUGA OPINIA MEDYCZNA  
 Ryczałtowe pokrycie kosztów leków zaleconych po pobycie Ubezpieczonego w szpitalu

## PAKIET ZDROWIE DZIECKA

- STANDARD                       OPTYMALNY                       VIP

## DANE OSOBOWE I ADRESOWE

Imię i Nazwisko		Rodzaj dokumentu ze zdjęciem	
PESEL		Nr dokumentu ze zdjęciem	
Obywatelstwo		Miejsce urodzenia	
Zawód wykonywany			
Adres	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Adres korespondencyjny	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Email		Telefon	

## UPOSAŻENI

Imię i Nazwisko / Firma	Pesel / Regon	Udział	Stopień pokrewieństwa

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Czy w okresie ostatnich 3 lat rozpoznano u Pana/ Pani następujące choroby, był lub jest Pan / Pani leczony/a z ich powodu?  
a) zawał serca; kardiomiopatia; udar mózgu; krwawienie śródczaszkowe? b) wymagające leczenia w szpitalu: zaburzenia rytmu serca; wada serca; miażdżycza tętnic; niewydolność krążenia? c) choroba nowotworowa (nowotwory złośliwe); guz wewnątrzczaszkowy; choroby krwi? d) utraty przytomności; padaczka; stwardnienie rozsiane; choroba Parkinsona; choroba Alzheimer'a; porażenia nerwowe; zaburzenia psychiczne? e) przewlekła obturacyjna choroba płuc (przewlekłe zapalenie oskrzeli); pylica; włóknienie płuc; niewydolność oddechowa? f) przewlekłe choroby wątroby lub trzustki (np. przewlekłe zapalenie lub marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki)? g) przewlekłe kłębkowe lub odmiedniczkowe zapalenie nerek; wielotorbielowość nerek; niewydolność nerek? h) cukrzyca (z wyjątkiem tzw. cukrzycy ciężarnych)? i) AIDS lub czy stwierdzono dodatni wynik testu na obecność wirusa HIV? j) Choroba alkoholowa (zespół zależności alkoholowej)?

Jeśli TAK to proszę podać: rodzaj schorzenia, datę wystąpienia, datę zakończenia leczenia

- TAK  
 NIE

2. Czy planowane jest leczenie szpitalne (z wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, jaskry, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu)?

Jeśli TAK to proszę podać: kiedy? z jakiego powodu? proszę dołączyć skan/zdjęcie karty informacyjnej leczenia szpitalnego i wyniku badania histopatologicznego, jeśli było wykonane.

- TAK  
 NIE

<p><b>3.</b> Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy odczuwał/-a Pan/ Pani któreś z następujących dolegliwości: bóle w klatce piersiowej; omdlenia; krwiotłucie; obecność krwi w stolcu lub moczu; duszność; wyczuwalny guzek lub powiększenie jednego sutka; niewyjaśniona gorączka; niezamierzona, postępująca utrata masy ciała; czy stwierdzono wartości ciśnienia tętniczego krwi przekraczające 170/100 mmHg ?  <b>Jeśli TAK to proszę podać: jakie? kiedy?</b></p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
<p><b>4.</b> Czy w ciągu ostatnich 14 dni: wystąpił u Pana / Pani wzrost temperatury ciała powyżej 37,9 stopni Celsjusza wraz z towarzyszącym jej kaszlem i /albo bólem gardła; rozpoznano u Pana / Pani zakażenie koronawirusem; zalecono Panu / Pani kwarantannę z powodu podejrzenia kontaktu z koronawirusem?  <b>Jeśli TAK to proszę podać: jakich? kiedy? z jakiego powodu?</b></p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE

### OŚWIADCZENIA WYMAGANE DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

- Oświadczam, że** zapoznałem się z warunkami umowy ubezpieczenia i spełnia ona moje potrzeby ubezpieczeniowe. Zostałam(em) poinformowana(y), że Generali Życie T.U. S.A nie będzie przekazywać w określonych okresach, oceny odpowiedniości umowy ubezpieczenia do moich potrzeb.
- Oświadczam, że** wszystkie informacje podane przeze mnie w związku z zawarciem umowy są prawdziwe. Na podstawie oświadczeń złożonych przeze mnie w związku z zawarciem umowy chcę skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej. Wyrażam zgodę na jej warunki, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że** przed zawarciem umowy zostałam mi doręczono oraz zapoznałam(em) się z warunkami umowy, w tym z: Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Generali, z myślą o życiu PLUS (kod GPR\_OWU\_03.2020) obowiązującymi od dnia 20-03-2020, wraz z załącznikami, ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych, o które wnioskuję, Skorowidzem, Kartą produktu / Dokumentem zawierającym kluczowe informacje (w przypadku ubezpieczeń: ProFamilia, OmniProfit Premium ze składką jednorazową, Generali, z myślą o dziecku), zakresem ochrony, wysokością sum ubezpieczenia, informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
- Wyrażam zgodę,** aby Generali Życie T.U. S.A. otrzymywała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, np. szpitali, przychodni lekarskich („Zakłady lecznicze”), informacje oraz dokumenty dotyczące mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych). 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. Informacje te zbierane będą w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia i ustalenia mojego prawa do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia. W przypadku zgłoszenia przeze mnie roszczeń, wyrażam zgodę 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.

### ZGODA NIE OBOWIĄZKOWA

- Wyrażam zgodę** na udostępnienie przez Generali Życie T.U. S.A. innym zakładom ubezpieczeń, na ich żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym 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 tytułu 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.

### Pozostałe dobrowolne:

- 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 korzystałam/em 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.
- 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 telefonu (w tym sms)

### Deklaracja w sprawie zajmowania eksponowanego stanowiska politycznego

- Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 - tekst jednolity). Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Data, miejscowość, podpis Ubezpieczającego