

WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA GENERALI Z MYŚLĄ O ŻYCIU PLUS



WYBÓR WARIANTU

DLA CIEBIE	DLA CIEBIE I BLISKICH	DLA SENIORA	WARIANT WŁASNY
<input type="checkbox"/> Wariant W1 – 38 zł	<input type="checkbox"/> Wariant W3 – 120 zł	<input type="checkbox"/> Wariant W8 – 74 zł	<input type="checkbox"/> Wariant W9 – min. 20 zł
<input type="checkbox"/> Wariant W2 – 72 zł	<input type="checkbox"/> Wariant W4 – 68zł		
	<input type="checkbox"/> Wariant W5 – 93 zł		
	<input type="checkbox"/> Wariant W6 – 140 zł		
	<input type="checkbox"/> Wariant W7 – 212 zł		

PAKIETY DODATKOWE

- RENTA: Ile osób uposażonych: Kwota renty (min.500zł): Okres wypłaty renty (od 3 do 25 lat):
- POWAŻNE ZACHOROWANIA – dodatkowe choroby 11 jednostek
- DRUGA OPINIA MEDYCZNA
- SPECJALISTYCZNE ZABIEGI MEDYCZNE
- USŁUGI MEDYCZNE – dotyczy Wariantu 1 i 4

PAKIET ZDROWIE DZIECKA

- STANDARD – 48 zł OPTYMALNY – 83 zł VIP – 132 zł

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 kiedykolwiek rozpoznawano u Pana / i następujące schorzenia? choroba nowotworowa, choroba wieńcowa, zawał serca, wada serca, udar mózgu, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA), miażdżycza tętnic, cukrzyca, astma oskrzelowa lub inna przewlekła choroba układu oddechowego, przewlekła choroba wątroby, trzustki lub nerek, zaburzenia psychiczne lub neurologiczne, choroba alkoholowa, zakażenie wirusem HIV. Jeśli TAK to proszę podać: rodzaj schorzenia, datę wystąpienia, datę zakończenia leczenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.Czy w ciągu ostatnich 5 lat był(a) Pan / Pani leczony(a) w szpitalu lub był (a) operowany(a), czy 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. Jeśli TAK to proszę podać: kiedy? z jakiego powodu? proszę dołączyć skan/zdjęcie karty informacyjnej leczenia szpitalnego i wyniku badania histopatologicznego, jeśli było wykonane.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy odczuwał(a) Pan/Pani którekolwiek z poniższych 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; powiększenie węzłów chłonnych; uporczywy kaszel. Jeśli TAK to proszę podać: jakie? kiedy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywano u Pana / i jakiegokolwiek inwazyjne badania diagnostyczne (np. biopsja, angiografia, koronarografia, bronchoskopia, endoskopia przewodu pokarmowego, dróg moczowych lub rodnych) lub zalecono Panu / i wykonanie tego rodzaju badań diagnostycznych? Jeśli TAK to proszę podać: jakich? kiedy? z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Czy w ciągu ostatniego roku wykonywał / a Pan / i badania, których wyniki odbiegały od normy? Jeśli TAK to proszę podać: jakich? kiedy? z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Czy do wniosku zostanie załączona dokumentacja medyczna?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. Czy pali Pan / Pani papierosy? Jeśli TAK to proszę podać ile papierosów dziennie?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. 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? Jeśli TAK to proszę podać: kiedy wykryto zakażenie lub rozpoczęto kwarantannę?	<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 zostały mi doręczone 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 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 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