

WNIOSEK UBEZPIECZENIOWY

BEZTERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

www

ML/OWU/v1/01.07.2020

SUMA UBEZPIECZENIA zł

UMOWY DODATKOWE

 PODWÓJNE ŚWIADCZENIE WYPADKOWENUMER POLISY SKŁADKA CAŁKOWITA zł

USŁUGI DODATKOWE

 POWIADOMIENIA SMS**UBEZPIECZAJĄCY (płatnik składek / właściciel polisy) proszę wpisać dane**

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____ Nr dowodu osobistego/ paszportu: _____

Kraj urodzenia: _____ Obywatelstwo: _____ Data urodzenia: _____

E-mail: _____ Telefon komórkowy: _____ Telefon stacjonarny: _____

UBEZPIECZONY (osoba objęta ochroną) proszę wpisać dane

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____ Data urodzenia: _____

UBEZPIECZONY (współmałżonek) proszę wpisać dane tylko i wyłączenie w przypadku wariantu współmałżeńskiego

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____ Data urodzenia: _____

UPOSAŻENI

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa: _____ Data urodzenia: _____ Udział procentowy: _____

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa: _____ Data urodzenia: _____ Udział procentowy: _____

Chcąc uposażyć większą liczbę osób proszę dołączyć dane kolejnych osób na dodatkowej kartce opatrzonej datą i podpisanej przez osoby ubezpieczone i ubezpieczającego.

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w związku z zawarciem umowy są prawdziwe.

Oświadczam, że zapoznałam(em) się z warunkami umowy, w tym z: Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia „Bezterminowe Ubezpieczenie na Życie” ML/OWU/v1/01.07.2020 obowiązujących od dnia 1 lipca 2020 r., Skorowidzem, Kartą produktu, zakresem ochrony, wysokością sumą ubezpieczenia oraz informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych. Jestem świadomy(a), że zgodnie z OWU w ciągu pierwszych 24 miesięcy trwania umowy jest ograniczona wypłata świadczenia.

Jako ubezpieczony wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia wskazaną na polisie ubezpieczeniowej.

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 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.

PODPISZ SIĘ CZYTELNIEM PONIŻEJ I WYŚLIJ POCZTĄ, ABY POLISA MOGŁA WEJŚĆ W ŻYCIE

PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO

PODPIS UBEZPIECZONEGO

PODPIS WSPÓŁMAŁŻONKA

Dzisiejsza data