|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI, a w odpowiednich polach  wstawić X. |  | | |
| **numer wniosku kredytowego:** | |  |

# Wniosek ubezpieczeniowy

# Dotyczy ubezpieczenia - Życie Komfort Plus

1. **Dane osobowe UBEZPIECZAJĄCEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię / Imiona** | |  | | --- | |  | | | |
|  |  | | |
| **Nazwisko** | |  | | --- | |  | | | |
|  |  | | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  | | |
| **Obywatelstwo** | |  | | --- | |  | | | |
| **Adres zamieszkania** |  | | |
| miejscowość | |  | | --- | |  | | | |
|  |  | | |
| ulica / nr domu / mieszkania | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | | |
|  |  | | |
| kod pocztowy | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  |  | | poczta | |  | | --- | |  | |

1. **Dane osobowe UBEZPIECZONEGO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię / Imiona** | |  | | --- | |  | | | |
|  |  | | |
| **Nazwisko** | |  | | --- | |  | | | |
|  |  | | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
|  |  | | |
| **Obywatelstwo** | |  | | --- | |  | | | |
| **Adres zamieszkania** |  | | |
| miejscowość | |  | | --- | |  | | | |
|  |  | | |
| ulica / nr domu / mieszkania | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  | | | |
|  |  | | |
| kod pocztowy | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  |  | | poczta | |  | | --- | |  | |

1. **Oświadczenie zdrowotne Ubezpieczonego**

|  |  |
| --- | --- |
| * Oświadczam, że dotychczas nie stwierdzono u mnie ani nie byłem/byłam leczony/a z powodu choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady zastawkowej serca, zaburzeń rytmu serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego (w tym białaczki lub chłoniaka), marskości wątroby, niewydolności nerek (w trakcie lub ze wskazaniem do dializoterapii), przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, cukrzycy, uzależnienia od alkoholu ani nie stwierdzono u mnie dodatniego wyniku badania w kierunku HIV. * Oświadczam, że w ostatnich 60 dniach nie przeprowadzałem/przeprowadzałam badań medycznych, których wyniki stanowią podstawę do kontynuowania diagnozy w kierunku choroby nowotworowej. * Oświadczam również, że aktualnie nie przebywam i w ostatnich 6 miesiącach nie przebywałem/przebywałam jako pacjent w szpitalu dłużej niż 2 doby (z  wyjątkiem usunięcia wyrostka robaczkowego, pęcherzyka żółciowego, migdałków, hemoroidów, łagodnych torbieli, przeprowadzenia artroskopii, operacji przepukliny, przegrody nosa, zaćmy, leczenia złamania kości, usunięcia zęba, porodu). | Oświadczam  TAK / NIE  Nie dotyczy\* |

1. **Zgody Ubezpieczonego niezbędne do zawarcia umowy\*\***

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody\*, 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.

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody\* 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 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.

1. **Oświadczenie Ubezpieczonego**

Oświadczam, że  jestem objęty  nie jestem objęty\* ubezpieczeniem społecznym (ZUS, KRUS) w zakresie umożliwiającym uzyskanie potencjalnie orzeczenia o niezdolności do pracy.

1. **Zakres ubezpieczenia podstawowego - Pakiet Bazowy\*\***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zakres ubezpieczenia** | Pakiet 1 | Pakiet 2 | Pakiet 3 |
| 1) Śmierć Ubezpieczonego | TAK | TAK | TAK |
| 2) Śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku | TAK | TAK | TAK |
| 3)Czasowa niezdolność Ubezpieczonego do pracy lub pobyt Ubezpieczonego w szpitalu | TAK | TAK | TAK |
| 4) Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW | - | TAK | TAK |
| 5) Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby | - | TAK | TAK |
| 6) Poważne zachorowanie | - | - | TAK |
|  |  |  |  |

1. **Zakres ubezpieczenia dodatkowego - Pakiet Agro**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres ubezpieczenia** | TAK / NIE\* |
| 1) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku choroby zakaźnej w rolnictwie |  |
| 2) Śmierć Ubezpieczonego w NW w rolnictwie |  |

1. **UPOSAŻONY (dotyczy sumy stałej ubezpieczenia oraz Pakietu Agro dla sumy stałej lub kredytowej ubezpieczenia)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię / Imiona** | |  | | --- | |  | | |
| **Nazwisko** | |  | | --- | |  | | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  | |
| **Procent sumy ubezpieczenia** | |  | | --- | |  | | % |
|  |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię / Imiona** | |  | | --- | |  | | |
| **Nazwisko** | |  | | --- | |  | | |
| **PESEL** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
|  |  | |
| **Procent sumy ubezpieczenia** | |  | | --- | |  | | % |

1. **Zgody Ubezpieczającego**

Zgadzam się  Nie 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  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.

Zgadzam się  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 za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail/SMS).

1. **Zgoda Ubezpieczającego niezbędna do zawarcia umowy\*\***

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody\* 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 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.

1. **Upoważnienie Ubezpieczającego dla Banku\*\***

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody\* na udostępnienie przez Bank firmie Generali Życie T.U. S.A. z siedzibą w Warszawie (00-082) ul. Senatorska 18, moich danych osobowych i informacji stanowiących tajemnicę bankową w celu umożliwienia zawarcia umowy ubezpieczenia.

1. **Zgoda Ubezpieczającego na automatyczne odnowienie umowy ubezpieczenia\*\*\***

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody\* na automatyczną kontynuację umowy ubezpieczenia jeżeli umowa kredytu zostanie automatycznie wznowiona.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  | | |  | | --- | |  | |
| miejscowość | data | podpis Ubezpieczającego |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | - |  |  | - |  |  |  |  | | |  | | --- | |  | |
| miejscowość | data | podpis Ubezpieczonego |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | |  | |
| stempel funkcyjny i podpis pracownika Banku |

\*zaznaczyć odpowiednie

\*\* zgoda obligatoryjna (w przypadku sprzeciwu brak możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia)

\*\*\*dotyczy kredytu odnawialnego w ROR i Karty kredytowej