



# Oświadczenie o stanie zdrowia

Nr polisy: Nr rozliczeniowy: 

Generali Życie T.U. S.A., 02-676 Warszawa, ul. Postępu 15B, spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 25952. NIP: 521-28-87-341, kapitał zakładowy 61.000.000 PLN, w pełni opłacony. Spółka należąca do Grupy Generali, figurującej w Rejestrze Grup Ubezpieczeniowych prowadzonym przez ISVAP pod numerem 26. Centrum Klienta tel.: 0 801 343 343, (0 22) 543 05 43

Proszę wypełnić wniosek dużymi drukowanymi literami; każda zmiana powinna zostać potwierdzona podpisem przez Ubezpieczającego. Wszelkie informacje zawarte w tym wniosku traktowane są jako poufne.

## Dane identyfikacyjne Ubezpieczonego

Imię Ubezpieczonego Nazwisko Ubezpieczonego 

Data urodzenia

Dzień Miesiąc Rok Nr PESEL 

## Rodzaj zmiany na polisie

a. Podwyższenie sumy ubezpieczenia 

b. Dokupienie umowy dodatkowej:

- Poważne zachorowanie
- Pobyt w szpitalu
- Poważna operacja
- Całkowita niezdolność do pracy
- Przejęcie opłacania składek
- Śmierć w wyniku NW
- Trwałe Inwalidztwo spowodowane NW

c. inne (jakie?) 

## Dane dotyczące obecnego zatrudnienia

Zawód wykonywany – szczegółowy opis Nr branży zawodu Ubezpieczonego Nr zawodu Ubezpieczonego 

## Pytanie dotyczące stanu zdrowia

1. Wzrost (w cm) Waga (w kg) 2. Czy pali Pan/Pani papierosy? Tak  Nie Rodzaj tytoniu. Dzienna ilość wypalanego tytoniu. 3. Czy pije Pan/Pani alkohol? Tak  Nie Rodzaj alkoholu. Tygodniowe spożycie. 4. Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie obejmujące gwarancje dotyczące śmierci lub inwalidztwa? Tak  Nie 5. Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczone lub zaproponowano Panu/Pani zawarcie umowy na zmienionych warunkach? Tak  Nie Kiedy? Nazwa towarzystwa. Powód. 

6. Czy od czasu zawarcia umowy ubezpieczenia:

a. przebył/a Pan/i wypadek pozostawiający trwałe następstwa? Tak  Nie Prosimy podać datę i szczegóły. b. pozostał/a Pan/i niezdolny/a do pracy dłużej niż cztery tygodnie? Tak  Nie Prosimy podać datę i szczegóły. c. została przyznana Panu/i renta inwalidzka? Tak  Nie Prosimy podać datę i szczegóły. d. był/a Pan/i chory/a lub wystąpiły u Pana/i jakiegś dolegliwości, choroby? Tak  Nie Prosimy podać datę i szczegóły (jakie leczenie zastosowano). e. poddawał/a się Pan/i badaniom kontrolnym, operacji lub konsultował/a z lekarzem specjalistą? Tak  Nie Prosimy podać datę i szczegóły. f. był/a Pan/i pacjentem/tką szpitala lub sanatorium? Tak  Nie Prosimy podać datę i szczegóły oraz dołączyć kopię dokumentacji medycznej.

