

5. DANE UPOSAŻONYCH

Imię i nazwisko	Data urodzenia								Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %
	R	R	R	R	M	M	D	D			
1.	R	R	R	R	M	M	D	D			
2.	R	R	R	R	M	M	D	D			
3.	R	R	R	R	M	M	D	D			
4.	R	R	R	R	M	M	D	D			
5.	R	R	R	R	M	M	D	D			
6.	R	R	R	R	M	M	D	D			

6. INFORMACJE MEDYCZNE

Pytania	Tak		Nie		Jeśli tak, to proszę podać szczegółowe informacje
1. Czy w chwili obecnej zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu, konsultacji medycznej lub diagnostyce bądź oczekuje Pan/Pani na leczenie szpitalne lub sanatoryjne z powodu istniejących dolegliwości? (jeśli tak, to z jakiego powodu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Czy ma Pan/Pani przyznaną rentę inwalidzką lub inną kategorię niezdolności do pracy lub w chwili obecnej stara się Pan/Pani o jej przyznanie? (jeśli tak, to jakiego powodu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani następujące choroby:					Jeśli tak, to proszę podać datę rozpoznania i przebieg leczenia
a) zawał mięśnia sercowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) udar mózgu, porażenie, niedowład	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) przewlekłe zapalenie trzustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) nowotwory, guzy, białaczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) padaczka, choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) AIDS, zakażenie wirusem HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7. OŚWIADCZENIA

- Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:
Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości w okresie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie MULTIOCHRONA obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali, do udzielenia SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia na żądanie SIGNAL IDUNA Życie T.U. S.A.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jasnej 14/16a oraz przez spółki koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, z siedzibą Dortmund/Hamburg, zarówno obecnie jak i w przyszłości, moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, dla celów marketingowych, zgodnie z prowadzoną przez zakład ubezpieczeń działalnością ubezpieczeniową oraz dla celów marketingowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zmianami). Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo do wglądu do moich danych oraz do ich poprawiania. Potwierdzam przyjęcie deklaracji w imieniu SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A.

.....
Miejscowość

R R R R M M D D
Data

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

Posiadając aktualne pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w związku z zawieraniem ubezpieczeniem stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionego pracownika do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA, zawartej pomiędzy reprezentowanym przeze mnie Pracodawcą, a SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A.

.....
Miejscowość

R R R R M M D D
Data

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczającego

Potwierdzam przyjęcie deklaracji w imieniu SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A.

R R R R M M D D
Data

.....
Podpis osoby upoważnionej