

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MULTIOCHRONA
- PROGRAM TWOJA FIRMA**



SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM DŁUGOPISEM

Numer wniosku: Pośrednik ubezpieczeniowy:

Numer RAU OWCA: Numer umowy:

1. UBEZPIECZAJĄCY	
.....	REGON: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NIP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Adres siedziby:

tel: fax: tel. kom: e-mail:

2. WARUNKI UBEZPIECZENIA	
Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Wysokość składki ochronnej:
Składka opłacana do dnia: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (maksymalnie 15 dni od rozpoczęcia okresu rozliczeniowego)	Częstotliwość opłacania składki: miesięczne Wysokość sumy ubezpieczenia: 10 000 zł
Udział pracodawcy w składce: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Liczba pracowników zatrudnianych: Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia:

3. ŚWIADCZENIA

Wybór pakietu i poziomu ochrony: (proszę zaznaczyć „X”)

Ustalenie średniej wieku pracowników i wysokości miesięcznej składki: (proszę zaznaczyć „X”)	średnia wieku pracowników	Pakiet DELTA				Pakiet PI				Pakiet SIGMA			
		<input type="checkbox"/> "15"	<input type="checkbox"/> "25"	<input type="checkbox"/> "35"	<input type="checkbox"/> "45"	<input type="checkbox"/> "15"	<input type="checkbox"/> "25"	<input type="checkbox"/> "35"	<input type="checkbox"/> "45"	<input type="checkbox"/> "15"	<input type="checkbox"/> "25"	<input type="checkbox"/> "35"	<input type="checkbox"/> "45"
		<input type="checkbox"/> poniżej 30	11 zł	17 zł	24 zł	30 zł	15 zł	22 zł	31 zł	40 zł	24 zł	35 zł	46 zł
<input type="checkbox"/> 30-34	13 zł	19 zł	27 zł	34 zł	17 zł	26 zł	36 zł	45 zł	27 zł	40 zł	52 zł	65 zł	
<input type="checkbox"/> 35-39	15 zł	22 zł	31 zł	39 zł	20 zł	31 zł	43 zł	53 zł	31 zł	45 zł	60 zł	75 zł	
<input type="checkbox"/> 40-44	17 zł	26 zł	36 zł	45 zł	23 zł	37 zł	51 zł	63 zł	35 zł	52 zł	69 zł	87 zł	
<input type="checkbox"/> 45-49	19 zł	30 zł	42 zł	53 zł	28 zł	44 zł	59 zł	75 zł	40 zł	60 zł	79 zł	99 zł	

l.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia w zł											
		15 000	25 000	35 000	45 000	15 000	25 000	35 000	45 000	15 000	25 000	35 000	45 000
1.	Śmierć Ubezpieczonego	15 000	25 000	35 000	45 000	15 000	25 000	35 000	45 000	15 000	25 000	35 000	45 000
2.	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego)	40 000	60 000	85 000	110 000	40 000	60 000	85 000	110 000	40 000	60 000	85 000	110 000
3.	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku)	55 000	85 000	120 000	155 000	55 000	85 000	120 000	155 000	55 000	85 000	120 000	155 000
4.	Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za każdy 1% trwałego uszczerbku)	200	300	400	450	200	300	400	450	200	300	400	450
5.	Śmierć Matłonka Ubezpieczonego									5 000	6 000	8 000	10 000
6.	Śmierć Matłonka w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Matłonka Ubezpieczonego)									12 500	15 000	20 000	25 000
7.	Śmierć Dziecka Ubezpieczonego									1 500	2 000	2 800	3 600
8.	Śmierć dziecka w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Dziecka Ubezpieczonego)									3 000	4 000	5 600	7 200
9.	Śmierć Rodziców Ubezpieczonego									900	1 200	1 500	1 900
10.	Śmierć Teściów Ubezpieczonego									900	1 200	1 500	1 900
11.	Urodzenie dziecka									600	800	1 000	1 250
12.	Urodzenie martwego dziecka									1 200	1 600	2 000	2 500
13.	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - zakres rozszerzony					3 000	6 000	7 500	9 000	3 000	6 000	7 500	9 000
14.	Leczenie szpitalne Ubezpieczonego w wyniku choroby oraz po 14 dniu pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku					25	35	45	60	25	35	45	60
15.	Leczenie szpitalne Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (w ciągu pierwszych 14 dni)					50	70	90	120	50	70	90	120
16.	Pobyt na OIOM					25	35	45	120	25	35	45	120
17.	Operacja chirurgiczna					250	350	450	600	250	350	450	600
18.	Niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	15 000	25 000	35 000	45 000	15 000	25 000	35 000	45 000	15 000	25 000	35 000	45 000

4. DANE OSOBY(ÓB) WYZNACZONEJ(YCH) DO OBSŁUGI UBEZPIECZENIA U PRACODAWCY

L.p.	Imię i nazwisko	Numer telefonu kontaktowego, adres e-mail
1.		
2.		
3.		

5. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM UBEZPIECZENIU GRUPOWYM NA ŻYCIE

Rubryka wypełniana jest tylko w przypadku rezygnacji pracowników z ubezpieczenia grupowego na życie prowadzonego u Ubezpieczającego przez innego Ubezpieczyciela. Informacja ta będzie podstawą do potwierdzenia listy osób rezygnujących z ubezpieczenia grupowego na życie prowadzonego u Ubezpieczającego przez innego Ubezpieczyciela. W przypadku wypełnienia rubryki „Informacja o dotychczasowym grupowym ubezpieczeniu na życie” Ubezpieczyciel wymaga załączenia do niniejszego wniosku imiennej listy pracowników rezygnujących z ubezpieczenia grupowego na życie prowadzonego u Ubezpieczającego przez innego Ubezpieczyciela.

Nazwa dotychczasowego Towarzystwa:

Numer dokumentu potwierdzającego dotychczas zawarte ubezpieczenie:

.....

.....

L.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia	L.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia
1.			11.		
2.			12.		
3.			13.		
4.			14.		
5.			15.		
6.			16.		
7.			17.		
8.			18.		
9.			19.		
10.			20.		

6. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są prawdziwe i zostały udzielone zgodnie z moją najlepszą wiedzą oraz, że w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. może odmówić wypłaty odszkodowania lub stosownie je zmniejszyć. Oświadczam, że otrzymałem(am) stosowne Ogólne Warunki Ubezpieczenia obowiązujące w dniu zawarcia umowy oraz, że znana mi jest ich treść. Zostałem(am) poinformowany(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. może zaproponować inne warunki zawarcia umowy ubezpieczenia. Zostałem(am) poinformowany(a), że dane osobowe zawarte w niniejszym wniosku zbierane są na zasadzie dobrowolności i służyć będą ocenie ryzyka oraz podjęciu decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, obsłudze tej umowy. Dane osobowe nie będą nikomu udostępniane, z wyjątkiem przypadków określonych w niniejszym oświadczeniu oraz obowiązkowego udzielania informacji określonych w Ustawie z dnia 22 maja 2002 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późniejszymi zmianami).

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.

.....

RRRRMMDD

Miejscowość

Data

.....

Własnoręczny podpis Ubezpieczającego

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

RRRRMMDD

Data

.....

Podpis osoby upoważnionej