

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W UMOWIE  
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE  
MULTIOCHRONA**



SIGNAL IDUNA Życie Polska  
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

**1. UBEZPIECZAJĄCY**

Nazwa firmy:

**2. PRACOWNIK , MAŁŻONEK , DZIECKO  (właściwie zaznaczyć)**

Imię i nazwisko pracownika:

Imię i nazwisko składającego deklarację:

**Dane osobowe składającego deklarację**

PESEL:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: .....

Płeć:  kobieta  mężczyzna

tel.:

tel. kom.:

e-mail: .....

Adres do korespondencji:

**Dane o zatrudnieniu**

Data zatrudnienia:

Wykonywany zawód:

**Dodatkowe informacje**

Czy ubezpieczeniem są objęci zatrudnieni przez Ubezpieczającego Pani/Pana rodzice, małżonek lub dzieci?

nie

tak (proszę podać imię, nazwisko, st. pokrewieństwa)

**3. WARUNKI UBEZPIECZENIA**

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Wysokość sumy ubezpieczenia: ..... Częstotliwość opłacania składki: ..... Wysokość składki: ..... Udział pracodawcy w składce: .....

**4. ŚWIADCZENIA**

L.p.	Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia	L.p.	Rodzaj świadczenia	Wysokość świadczenia
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			26		

## 5. DANE UPOSAŻONYCH

Imię i nazwisko	Data urodzenia								Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %
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	Jeżeli tak, 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"/>	
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"/>	
3. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani następujące choroby:			Jeśli tak, to proszę podać datę rozpoznania i przebieg leczenia
a) <b>zawał mięśnia sercowego</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) <b>udar mózgu, porażenie, niedowład</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) <b>cukrzyca</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) <b>przewlekłe zapalenie trzustki</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) <b>niewydolność nerek</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) <b>nowotwory, guzy, białaczki</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) <b>padaczka, choroba psychiczna</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) <b>przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) <b>AIDS, zakażenie wirusem HIV</b>	<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 TU S.A. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdliwości 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 TU S.A. wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia na żądanie SIGNAL IDUNA Życie TU S.A.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. a także przez inne spółki koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, zarówno obecnie jak i w przyszłości, moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, dla celów związanych z prowadzoną 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.

tak  nie

..... 

R	R	R	R	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---

 .....

Miejscowość Data Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w związku z zawieraniem ubezpieczeniem stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionej osoby do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

..... 

R	R	R	R	M	M	D	D
---	---	---	---	---	---	---	---

 .....

Miejscowość Data Własnoręczny podpis Ubezpieczającego