

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
MULTIOCHRONA**

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

Nr wniosku Nazwa pośrednika Nr umowy

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy:

REGON: NIP:

Adres siedziby:

tel.: fax: tel. kom.:

e-mail:

2. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: Wysokość składki ochronnej:

Składka opłacana do dnia: Częstotliwość opłacania składki Wysokość sumy ubezpieczenia:

Udział pracodawcy w składce: tak nie Liczba pracowników zatrudnianych:

Udział pracowników w składce: tak nie Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia:

3. 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		

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

L.p.	Imię i Nazwisko	Numer telefonu kontaktowego, adres e-mail

5. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM UBEZPIECZENIU GRUPOWYM NA ŻYCIE

Rubryka wypełniana jest tylko w przypadku rezygnacji 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

Nr dokumentu potwierdzającego dotychczasowe ubezpieczenie

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		

6. 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 nieprawdziwości w okresie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że znam 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

.....
Miejscowość

R R R R M M D D

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.

.....
Miejscowość

R R R R M M D D

Data

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczającego