

Wniosek o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – Moja Pełnia Zdrowia

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

miejsce na naklejkę

1. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Numer pośrednika:	<input type="text"/>	Oddział/Agencja	<input type="text"/>
Nazwisko i imię agenta	<input type="text"/>	Nr RAU OWCA	<input type="text"/>
Telefon agenta	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>nr kierunkowy</small>	<small>nr telefonu</small>	<small>nr wewnętrzny</small>
			<small>nr telefonu komórkowego</small>

2. WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

nowa umowa ubezpieczenia kontynuacja umowy

3. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko/Nazwa	<input type="text"/>	Imiona	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>	Rodzaj wykonywanej działalności /Zawód wykonywany	<input type="text"/>
Typ formy prawnej	<input type="checkbox"/> osoba fizyczna <input type="checkbox"/> osoba prawna*	NIP/REGON/PESEL	<input type="text"/>
	<small>* jeżeli spółka akcyjna notowana na rynku regulowanym - podać gdzie</small>		
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		<small>nr telefonu komórkowego</small>	e-mail
Adres zamieszkania /siedziby	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>ulica</small>	<small>nr domu</small> <small>nr lokalu</small>	<small>poczta</small>
Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania /siedziby)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>województwo</small>	<small>mięscowość</small>	<small>kod pocztowy</small>
	<small>ulica</small>	<small>nr domu</small> <small>nr lokalu</small>	<small>poczta</small>
	<small>województwo</small>	<small>mięscowość</small>	<small>kod pocztowy</small>

4. UBEZPIECZONY 1 (wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony 1 nie jest Ubezpieczającym)

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Zawód wykonywany	<input type="text"/>
	Telefon	<input type="text"/>	e-mail
	<small>nr telefonu komórkowego</small>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>ulica</small>	<small>nr domu</small> <small>nr lokalu</small>	<small>kod pocztowy</small>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>mięscowość</small>	<small>poczta</small>	<small>województwo</small>

5. UBEZPIECZONY 2 (w przypadku dzieci Ubezpieczonego 1 w rubryce zawód prosimy podać: uczeń / student / inne)

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Zawód wykonywany	<input type="text"/>
	Telefon	<input type="text"/>	e-mail
	<small>nr telefonu komórkowego</small>		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>ulica</small>	<small>nr domu</small> <small>nr lokalu</small>	<small>kod pocztowy</small>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>mięscowość</small>	<small>poczta</small>	<small>województwo</small>
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Ubezpieczonym 1	<input type="text"/>		

6. UBEZPIECZONY 3 (w przypadku dzieci Ubezpieczonego 1 w rubryce zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko				Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL		Data urodzenia		Zawód wykonywany		
Obywatelstwo		Telefon		e-mail		
<small>nr telefonu komórkowego</small>						
			<small>ulica</small>	<small>nr domu</small>	<small>nr lokalu</small>	
			<small>miejscowość</small>	<small>kod pocztowy</small>		
			<small>pocztą</small>	<small>województwo</small>		
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Ubezpieczonym 1						

7. WNIOSKOWANY ZAKRES OCHRONY I SKŁADKI (proszę zaznaczyć wybrany zakres ochrony znakiem X we właściwym polu)

	Produkt				Składka (zgodnie z wybranym wariantem płatności, bez uwzględnienia rabatu*)
Ubezpieczony 1	<input type="checkbox"/> Srebrny	<input type="checkbox"/> Srebrny+	<input type="checkbox"/> Złoty	<input type="checkbox"/> Platynowy	
Ubezpieczony 2	<input type="checkbox"/> Srebrny	<input type="checkbox"/> Srebrny+	<input type="checkbox"/> Złoty	<input type="checkbox"/> Platynowy	
Ubezpieczony 3	<input type="checkbox"/> Srebrny	<input type="checkbox"/> Srebrny+	<input type="checkbox"/> Złoty	<input type="checkbox"/> Platynowy	
Składka miesięczna	49 PLN	68 PLN	112 PLN	156 PLN	
Suma					

*W przypadku płatności rocznych, półrocznych i kwartalnych przysługuje zniżka w wysokości odpowiednio 4%, 2% i 1%.

8. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA SKŁADKI DO ZAPŁATY (proszę zaznaczyć wybrany wariant płatności znakiem X we właściwym polu)

<input type="checkbox"/> Miesięczny	<input type="checkbox"/> Kwartalny	<input type="checkbox"/> Półroczny	<input type="checkbox"/> Roczny
Składka do zapłaty:		Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:	<input type="button" value="D"/> <input type="button" value="D"/> <input type="button" value="M"/> <input type="button" value="M"/> <input type="button" value="R"/> <input type="button" value="R"/> <input type="button" value="R"/> <input type="button" value="R"/>
W przypadku wyboru wariantu płatności innego niż miesięczny, składka może różnić się o +/- 1,00 PLN od składki wskazanej na polisie.			

9. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat mój wniosek o przystąpienie/ odnowienie ubezpieczenia nie został odrzucony przez żadne towarzystwo ubezpieczeniowe.*
- Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować brakiem odpowiedzialności SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- Oświadczam, że doreczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Warunki Produktu oraz Katalog Świadczeń Gwarantowanych obowiązujące w dniu zawarcia umowy i zapoznałem(am) się z ich treścią. Zapoznałem(am) się również z treścią i zakresem pełnomocnictwa wystawionego przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. pośrednikowi ubezpieczeniowemu, który przyjął wniosek. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia do placówek medycznych SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), w celach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych oraz ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.*
- Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, które posiadają o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz jego reasekuratorom, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku oraz wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.*
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku (z wyłączeniem danych dotyczących stanu zdrowia) do innych spółek z Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce, zarówno obecnie jak i w przyszłości, w celach marketingowych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

TAK NIE – Ubezpieczający TAK NIE – Ubezpieczony 1 TAK NIE – Ubezpieczony 2 TAK NIE – Ubezpieczony 3

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt 6. – od innych spółek z Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce na podany przeze mnie numer telefonu/ adres e-mail informacji handlowych przekazywanych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, drogą:

– elektroniczną, w tym z wykorzystaniem automatycznych systemów wywołujących, poprzez

wiadomości SMS/MMS wiadomości e-mail – Ubezpieczający wiadomości SMS/MMS wiadomości e-mail – Ubezpieczony 1

wiadomości SMS/MMS wiadomości e-mail – Ubezpieczony 2 wiadomości SMS/MMS wiadomości e-mail – Ubezpieczony 3

– telefoniczną poprzez

kontakt konsultanta – Ubezpieczający kontakt konsultanta – Ubezpieczony 1 kontakt konsultanta – Ubezpieczony 2 kontakt konsultanta – Ubezpieczony 3

*oświadczenia i zgody dotyczą tylko Ubezpieczonych

Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych

Informujemy, że administratorem danych osobowych zebranych za pośrednictwem niniejszego kwestionariusza, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również w związku z jej realizacją, jest SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przyokopowej 31. Zebrane dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celu informowania o produktach SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. i w celach archiwalnych oraz po wyrażeniu stosownej zgody w celach marketingowych pozostałych spółek należących do Grupy SIGNAL IDUNA. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przetwarzane w celu jej realizacji, natomiast w przypadku odmowy udzielenia ubezpieczenia dane będą przetwarzane w celach archiwalnych. Zebrane dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, w tym reasekuratorom. Za dodatkową dobrowolną zgodą dane osobowe będą udostępniane pozostałym spółkom z Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce, w celach marketingowych. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia.

10. PODPISY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Podpis pośrednika
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Podpis Ubezpieczającego	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Ubezpieczony 3