

Wniosek o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – Powrót do Zdrowia

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM, 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"/> |
| | | NIP/REGON /PESEL | <input type="text"/> |
| Typ formy prawnej | <input type="checkbox"/> osoba fizyczna <input type="checkbox"/> osoba prawna* | jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, fundacja lub stowarzyszenie | <input type="checkbox"/> |
| | | <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>województwo</small> | <small>mięscowość</small> | <small>kod pocztowy</small> |
| Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania /siedziby) | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <small>ulica</small> | <small>nr domu</small> | <small>nr lokalu</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"/> |
| | | Zawód wykonywany | <input type="text"/> |
| Obywatelstwo | <input type="text"/> | Telefon | <input type="text"/> |
| | | <small>nr telefonu komórkowego</small> | e-mail |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <small>ulica</small> | <small>nr domu</small> | <small>nr lokalu</small> |
| | <small>mięscowość</small> | <small>kod pocztowy</small> | <input type="text"/> |
| | <small>poczta</small> | <small>województwo</small> | <input type="text"/> |

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

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

| | Warianty | | | Składka (zgodnie z wybranym wariantem płatności, bez uwzględnienia rabatu*) |
|--------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---|
| Ubezpieczony 1 | <input type="checkbox"/> Wariant 1 | <input type="checkbox"/> Wariant 2 | <input type="checkbox"/> Wariant 3 | |
| Ubezpieczony 2 | <input type="checkbox"/> Wariant 1 | <input type="checkbox"/> Wariant 2 | <input type="checkbox"/> Wariant 3 | |
| Ubezpieczony 3 | <input type="checkbox"/> Wariant 1 | <input type="checkbox"/> Wariant 2 | <input type="checkbox"/> Wariant 3 | |
| Składka miesięczna | 6,67 PLN | 12,14 PLN | 14,22 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)

Miesięczny Kwartalny Półroczny Roczny

Składka do zapłaty:

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

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 doręczone 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 kserokopii 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 – 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. Przykoppowej 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. 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"/> | <input type="text"/> |
| <small>Miejscowość</small> | <small>Data</small> | <small>Podpis pośrednika</small> | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <small>Podpis Ubezpieczającego</small> | <small>Ubezpieczony 1</small> | <small>Ubezpieczony 2</small> | <small>Ubezpieczony 3</small> |