

Wniosek o zawarcie Ubezpieczenia Zdrowotnego - Pełnia Zdrowia Start+

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

miejsce na naklejkę z numerem polisy i konta bankowego

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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon agenta	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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. UBEZPIECZAJĄCY

zaznacz jeżeli jest jednocześnie Ubezpieczonym

Nazwa/Nazwisko	<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	osoba fizyczna <input type="checkbox"/>	osoba prawna* <input type="checkbox"/>	jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, fundacja lub stowarzyszenie <input type="checkbox"/>		
* jeżeli spółka akcyjna notowana na rynku regulowanym - podać gdzie					
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
<small>nr telefonu komórkowego</small>					
Adres siedziby/zamieszkania	<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>	<small> poczta</small>	<small> kod pocztowy</small>
<small>województwo</small>		<small> miejscowość</small>		<small> kod pocztowy</small>	
Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby/zamieszkania)	<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>	<small> poczta</small>	<small> kod pocztowy</small>
<small>województwo</small>		<small> miejscowość</small>		<small> kod pocztowy</small>	

3. GŁÓWNY UBEZPIECZONY (wypełnić w przypadku, gdy Główny Ubezpieczony 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"/>	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>	<small> kod pocztowy</small>	
<small> miejscowość</small>		<small> poczta</small>			
<small>województwo</small>		<small> kod pocztowy</small>			

4. UBEZPIECZONY 2 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego 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>	<small> kod pocztowy</small>	
<small> miejscowość</small>		<small> poczta</small>			
<small>województwo</small>		<small> kod pocztowy</small>			
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym	<input type="text"/>				

5. UBEZPIECZONY 3 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego 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>mięscowość</small>						
<small>kod pocztowy</small>						
<small>poczta</small>						
<small>województwo</small>						
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym						

6. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA DO ZAPŁATY – WARIANT INDYWIDUALNY

(Proszę zaznaczyć wybrany cykl płatności znakiem X we właściwym polu)

Cykl płatności musi być ten sam dla wszystkich Ubezpieczonych. Składka dla poszczególnych Ubezpieczonych:

Cykl płatności	Wysokość składki w wybranym cyklu płatności za Ubezpieczonego	Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia	Łączna składka
miesięczny	<input type="checkbox"/> 99,00 zł		
kwartalny	<input type="checkbox"/> 294,03 zł		
półroczny	<input type="checkbox"/> 582,06 zł		
roczny	<input type="checkbox"/> 1 140,60 zł		

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA SKŁADKI DO ZAPŁATY – WARIANT RODZINNY

(Proszę zaznaczyć wybrany cykl płatności znakiem X we właściwym polu)

Cykl płatności	Wysokość składki w wybranym cyklu płatności za całą rodzinę
miesięczny	<input type="checkbox"/> 346,50 zł
kwartalny	<input type="checkbox"/> 1 029,09 zł
półroczny	<input type="checkbox"/> 2 037,30 zł
roczny	<input type="checkbox"/> 3 991,44 zł

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

8. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Oświadczam, że w ciągu ostatnich 5 lat mój wniosek o przyłączenie/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 kserokopie dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.*
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku (z wyłączeniem danych dotyczących stanu zdrowia) do innych spółek koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, zarówno obecnie jak i w przyszłości, w celach marketingowych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182 ze zm.).

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. – innym spółkom koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe na podany przeze mnie numer telefonu/ adres e-mail informacji handlowych drogą:

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

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

zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną oraz art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne.

*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 (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 ze zm.) 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 Polsce. 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. 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.

9. PODPISY

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