

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MULTIOCHRONA”
– PROGRAM „TWOJA FIRMA”**

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

1. UBEZPIECZAJĄCY

osoba fizyczna
 osoba prawna
 jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej
 fundacja lub stowarzyszenie
 Spółka z o.o.

osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
 Wspólnicy Spółki Cywilnej
 Inna (jaka?)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z danymi w KRS/ Ewidencji Działalności Gospodarczej

PESEL
 NIP
 Nr dowodu osobistego /paszportu

Nazwisko / Nazwa Firmy

Pierwsze Imię Drugie imię Płeć kobieta mężczyzna

Data urodzenia Państwo urodzenia Obywatelstwo

Adres zamieszkania / Siedziby:

Adres korespondencyjny:

(wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania/ Siedziby Firmy)

Tel. Kom: E-mail:

2. ŚWIADCZENIA

Wybór pakietu i poziomu ochrony: (proszę zaznaczyć „X”)	pakiet ubezpieczeniowy: ŻYCIE				pakiet ubezpieczeniowy: ŻYCIE I ZDROWIE				pakiet ubezpieczeniowy: RODZINA				PAKIET DODATKOWY*		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Ustalenie średniej wieku pracowników i wysokości miesięcznej składki (w PLN)	średnia wieku	<input type="checkbox"/> 25-30 lat	10	14	17	22	24	36	44	54	36	52	66	82	7
		<input type="checkbox"/> 31-35 lat	13	17	22	28	26	38	52	62	39	56	73	93	9
		<input type="checkbox"/> 36-40 lat	16	24	31	39	33	48	62	78	44	66	84	106	13
		<input type="checkbox"/> 41-45 lat	20	31	42	51	36	56	76	92	49	74	98	122	16
		<input type="checkbox"/> 46-50 lat	28	40	56	67	44	66	87	110	57	84	108	141	19
RYZIKO UBEZPIECZENIOWE	WARIANT UBEZPIECZENIA				WARIANT UBEZPIECZENIA				WARIANT UBEZPIECZENIA				PAKIET DODATKOWY*		
	brązowy	srebrny	złoty	platynowy	brązowy	srebrny	złoty	platynowy	brązowy	srebrny	złoty	platynowy			
śmierć Ubezpieczonego	25 000	37 500	50 000	62 500	25 000	37 500	50 000	62 500	25 000	37 500	50 000	62 500	15 000		
śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku**	62 500	93 500	125 000	156 500	62 500	93 500	125 000	156 500	62 500	93 500	125 000	156 500	35 000		
śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym***	87 500	132 500	175 000	218 500	87 500	132 500	175 000	218 500	87 500	132 500	175 000	218 500	50 000		
śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy***	87 500	132 500	175 000	218 500	87 500	132 500	175 000	218 500	87 500	132 500	175 000	218 500	50 000		
trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	—	—	—	—	250	375	500	625	250	375	500	625	—		
trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	—	—	—	—	25 000	37 500	50 000	62 500	25 000	37 500	50 000	62 500	—		
poważne zachorowanie Ubezpieczonego - zakres podstawowy	—	—	—	—	5 000	7 500	10 000	12 500	5 000	7 500	10 000	12 500	—		
pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby (świadczenie za dzień pobytu w szpitalu)	—	—	—	—	25	37,5	50	62,5	25	37,5	50	62,5	—		
pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie za dzień pobytu w szpitalu)	—	—	—	—	62,5	93,5	125	156,5	62,5	93,5	125	156,5	—		
pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (obejmuje świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	—	—	—	—	87,5	132,5	175	218,5	87,5	132,5	175	218,5	—		
pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przy pracy (obejmuje świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	—	—	—	—	87,5	132,5	175	218,5	87,5	132,5	175	218,5	—		
pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (świadczenie za dzień pobytu w szpitalu na oddziale intensywnej terapii)	—	—	—	—	62,5	93,5	125	156,5	62,5	93,5	125	156,5	—		
trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	—	—	—	—	25 000	37 500	50 000	62 500	25 000	37 500	50 000	62 500	—		
śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego	—	—	—	—	—	—	—	—	5 000	7 500	10 000	12 500	—		
śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku****	—	—	—	—	—	—	—	—	12 500	18 500	25 000	31 500	—		
śmierć dziecka Ubezpieczonego	—	—	—	—	—	—	—	—	2 500	3 750	5 000	6 250	—		
śmierć rodzica Ubezpieczonego	—	—	—	—	—	—	—	—	750	1 250	1 500	1 850	—		
śmierć teścia Ubezpieczonego	—	—	—	—	—	—	—	—	750	1 250	1 500	1 850	—		
urodzenie się Ubezpieczonemu dziecku	—	—	—	—	—	—	—	—	750	1 250	1 500	1 850	—		
urodzenie się Ubezpieczonemu martwego dziecka	—	—	—	—	—	—	—	—	1 500	2 500	3 000	3 500	—		

SZ 2038/07.18

* wymaga opłaty dodatkowej składki
 ** wysokość sumy ubezpieczenia obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego
 *** wysokość sumy ubezpieczenia obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku
 **** wysokość sumy ubezpieczenia obejmuje świadczenie z tytułu śmierci małżonka lub partnera Ubezpieczonego

3. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Wysokość składki:

Składka opłacana do dnia:
(maksymalnie 15 dni od rozpoczęcia okresu rozliczeniowego)

Częstotliwość opłacania składki: MIESIĘCZNIE

Udział procentowy pracodawcy w składce: Liczba pracowników zatrudnianych: Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia:

Numer konta bankowego dla wpłat pierwszej składki ubezpieczeniowej:

SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, Nr konta: **50 1140 1065 0000 2204 3200 1013**,

Na dowódzie wpłaty proszę o podanie nazwy Ubezpieczającego

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

I.p.	Imię i nazwisko	Numer telefonu kontaktowego, adres e-mail
1.		
2.		

5. DANE OSOBY(ÓB) WYZNACZONEJ(YCH) DO OBSŁUGI UBEZPIECZENIA U POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

I.p.	Imię i nazwisko	Numer telefonu kontaktowego, adres e-mail
1.		
2.		

6. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM UBEZPIECZENIU GRUPOWYM NA ŻYCIE

Nazwa dotychczasowego Towarzystwa:

Numer dokumentu potwierdzającego dotychczasowe ubezpieczenie

L.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia	L.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia
1.			6.		
2.			7.		
3.			8.		
4.			9.		

7. DANE PRZEDSTAWICIELA REPREZENTUJĄCEGO UBEZPIECZAJĄCEGO

Dane Reprezentanta 1:

Imię: Nazwisko: PESEL: Data urodzenia:

Państwo urodzenia: Tel. kom: e-mail:

Dane Reprezentanta 2:

Imię: Nazwisko: PESEL: Data urodzenia:

Państwo urodzenia: Tel. kom: e-mail:

8. BENEFICJENT RZECZYWISTY

Beneficjent Rzeczywisty 1:

Imię: Nazwisko: Data urodzenia: Obywatelstwo:

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:

jest / nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Beneficjent Rzeczywisty 2:

Imię: Nazwisko: Data urodzenia: Obywatelstwo:

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:

jest / nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o Przeciwdziałaniu Praniu pieniędzy oraz Finansowaniu Terroryzmu znajduje się pod adresem:

<https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>

