

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM, 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. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY**

Nazwa Pośrednika: .....

REGON:

NIP:

Adres siedziby: .....

Tel. kom.:           E-mail: .....

**DANE OSOBY(ÓB) WYZNACZONEJ(YCH) DO OBSŁUGI UBEZPIECZENIA U POŚREDNIKA**

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

**3. 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: .....

**4. 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/>

## 5. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:  Częstotliwość opłacania składki: .....

Składka opłacana do dnia:  Warunki ubezpieczenia zgodnie z propozycją współpracy/Anekssem Nr ..... z dnia .....

## 6. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO

### Oświadczam, że:

1. 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. w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
2. Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Oświadczam, że doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
4. Oświadczam, że otrzymałem/ am Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
5. Oświadczam, świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że w rozumieniu Ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

jestem  / nie jestem  osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,  
jestem  / nie jestem  osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne,  
jestem  / nie jestem  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/>

### Zgody marketingowe

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przykoppowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.  
**TAK**  / **NIE**
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przykoppowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:  
wiadomości SMS/MMS **TAK**  / **NIE**   
wiadomości e-mail **TAK**  / **NIE**   
telefoniczny **TAK**  / **NIE**

## 7. PODPISY

.....  
Miejscowość

Data

.....  
Czytelny podpis Ubezpieczającego

.....  
Czytelny podpis Pośrednika