DEKLARACJA UCZESTNICTWA W UMOWIE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MULTIOCHRONA" - PROGRAM „TWOJA FIRMA"

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy: .....

2. DANE PRACOWNIKA SKŁADAJĄCEGO DEKLARACJĘ

Imię i nazwisko pracownika: .....

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data urodzenia: R R R R M M D D Miejsce urodzenia: .....

Adres do korespondencji: .....

tel: ..... tel. kom: ..... e-mail: .....

Dane o zatrudnieniu:

Data zatrudnienia: R R R R M M D D Wykonywany zawód: .....

Rodzaj umowy: ☐ umowa o pracę, ☐ umowa cywilnoprawna (jaka?) .....

Czy ubezpieczeniem są obejmowani zatrudnieni przez Ubezpieczającego Pani/Pana rodzice, małżonek, dzieci? ☐ tak *(proszę podać imię, nazwisko, st. pokrewieństwa)*: ..... ☐ nie

3. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: R R R R M M D D

Wysokość sumy ubezpieczenia: 10 000 zł Częstotliwość opłacania składki: miesięcznie Wysokość składki: ..... Udział pracodawcy w składce: .....

4. ŚWIADCZENIA

Wybór pakietu i poziomu ochrony: (proszę zaznaczyć „X")

Ustalenie średniej wieku pracowników i wysokości miesięcznej składki (w PLN)

Średnia wieku	pakiet ubezpieczeniowy: ŻYCIE				pakiet ubezpieczeniowy: ŻYCIE I ZDROWIE				pakiet ubezpieczeniowy: RODZINA				PAKIET DODATKOWY*
	☐ brązowy	☐ srebrny	☐ złoty	☐ platynowy	☐ brązowy	☐ srebrny	☐ złoty	☐ platynowy	☐ brązowy	☐ srebrny	☐ złoty	☐ platynowy	☐
☐ 25-30 lat	10	14	17	22	24	36	44	54	36	52	66	82	7
☐ 31-35 lat	13	17	22	28	26	38	52	62	39	56	73	93	9
☐ 36-40 lat	16	24	31	39	33	48	62	78	44	66	84	106	13
☐ 41-45 lat	20	31	42	51	36	56	76	92	49	74	98	122	16
☐ 46-50 lat	28	40	56	67	44	66	87	110	57	84	108	141	19

RYZYKO UBEZPIECZENIOWE	wysokość świadczeń (PLN)	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 dziecka		—	—	—	—	—	—	—	—	750	1 250	1 500	1 850	—
urodzenie się Ubezpieczonemu martwego dziecka		—	—	—	—	—	—	—	—	1 500	2 500	3 000	3 500	—

** 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*

SIŻ 2246/07.13

5. DANE UPOSAŻONYCH

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %
1.	R R R R M M D D			
2.	R R R R M M D D			
3.	R R R R M M D D			
4.	R R R R M M D D			

6. ZGŁOSZENIE PARTNERA (nie dotyczy małżonka)

Imię i nazwisko partnera:

PESEL: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Data urodzenia: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ D D M M R R R R

7. INFORMACJE MEDYCZNE

Pytania	Tak	Nie	Jeśli tak, to proszę podać szczegółowe informacje
1. Czy w chwili obecnej zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu, konsultacji medycznej lub diagnostyce bądź oczekuje Pan/Pani na leczenie szpitalne lub sanatoryjne z powodu istniejących dolegliwości? (jeśli tak, to z jakiego powodu?)	☐	☐	
2. Czy ma Pan/Pani przyznaną rentę inwalidzkę lub inną kategorię niezdolności do pracy lub w chwili obecnej stara się Pan/Pani o jej przyznanie? (jeśli tak, to jakiego powodu?)	☐	☐	
3. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani następujące choroby:			Jeśli tak, to proszę podać datę rozpoznania i przebieg leczenia
a) zawał mieśnia sercowego	☐	☐	
b) udar mózgu, porażenie, niedowład	☐	☐	
c) cukrzyca	☐	☐	
d) przewlekłe zapalenie trzustki	☐	☐	
e) niewydolność nerek	☐	☐	
f) nowotwory, guzy, białaczki	☐	☐	
g) padaczka, choroby psychiczne	☐	☐	
h) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	☐	☐	
i) AIDS, zakażenie wirusem HIV	☐	☐	

8. OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO:

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. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia.
2. 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 Życie 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 (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.
3. 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 Życie 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 Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
4. Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia.
5. Oświadczam, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia a także inne warunki umowy 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 Życie Polska TU S.A. pośrednikowi ubezpieczeniowemu, który przyjął wniosek. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia do placówek medycznych SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
6. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych w Deklaracji Uczestnictwa w Umowie Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona" dla Grup Otwartych (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. ☐ **TAK** ☐ **NIE**
7. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt. 7 – innym spółkom koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe 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
   - telefoniczną poprzez: ☐ kontakt konsultanta

..... Miejscowość | D D M M R R R R Data | ..... Podpis Ubezpieczonego

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Administratorem danych osobowych zbieranych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia jest SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń 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 Życie 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.

PODPIS POŚREDNIKA

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczonego w mojej obecności.

..... Miejscowość | D D M M R R R R Data | ..... Własnoręczny podpis Pośrednika