

Wniosek o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

Numer polisy

Numer aplikacji

1. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Numer pośrednika

Oddział/ Agencja

Nazwisko i imię agenta

Nr RAU OWCA

Telefon agenta

Adres e-mail

2. WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

indywidualnego

rodzinnego

nowa umowa ubezpieczenia

kontynuacja umowy

3. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko/ Nazwa

Imiona

Płeć

kobieta

mężczyzna

Obywatelstwo

Data urodzenia

Zawód wykonywany/ rodzaj wykonywanej działalności

PESEL/ NIP/ REGON

Typ formy prawnej

osoba fizyczna

osoba prawna*

jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, fundacja lub stowarzyszenie

*jeżeli spółka akcyjna notowana na rynku regulowanym - podać gdzie. Należy wypełnić dane Reprezentanta

Telefon

e-mail

nr telefonu komórkowego

Adres zamieszkania/ siedziby

ulica

nr domu

nr lokalu

poczta

województwo

mięscowosc

kod pocztowy

Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania /siedziby)

ulica

nr domu

nr lokalu

poczta

województwo

mięscowosc

kod pocztowy

REPREZENTANT (pola imię i nazwisko oraz data urodzenia/ PESEL są polami obowiązkowymi)**Dane Reprezentanta 1:**

Imię i Nazwisko:

data urodzenia/ PESEL

Dane Reprezentanta 2:

Imię i Nazwisko:

data urodzenia/ PESEL

4. UBEZPIECZONY 1 (wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony 1 nie jest Ubezpieczającym)

Imię i nazwisko

Płeć

kobieta

mężczyzna

PESEL

Data urodzenia

Zawód wykonywany

Telefon

E-mail

nr telefonu komórkowego

ulica

nr domu

nr lokalu

mięscowosc

kod pocztowy

poczta

województwo

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			

5. UBEZPIECZONY 2 (w przypadku dzieci Ubezpieczonego 1 w rubryce zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko

Płeć

kobieta

mężczyzna

PESEL

Data urodzenia

Zawód wykonywany

Telefon

E-mail

nr telefonu komórkowego

ulica

nr domu

nr lokalu

mięscowosc

kod pocztowy

_____ poczta _____ województwo

Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Ubezpieczonym 1 _____

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			

6. UBEZPIECZONY 3 (w przypadku dzieci Ubezpieczonego 1 w rubryce zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko _____ Płeć kobieta mężczyzna

PESEL _____ Data urodzenia _____ Zawód wykonywany _____

Telefon _____ E-mail _____
nr telefonu komórkowego

_____ ulica _____ nr domu _____ nr lokalu _____
mięscowość _____ kod pocztowy _____

_____ poczta _____ województwo _____

Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Ubezpieczonym 1 _____

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			

7. UBEZPIECZONY 4 (w przypadku dzieci Ubezpieczonego 1 w rubryce zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko _____ Płeć kobieta mężczyzna

PESEL _____ Data urodzenia _____ Zawód wykonywany _____

Telefon _____ E-mail _____
nr telefonu komórkowego

_____ ulica _____ nr domu _____ nr lokalu _____
mięscowość _____ kod pocztowy _____

_____ poczta _____ województwo _____

Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Ubezpieczonym 1 _____

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			

8. WNIOSKOWANY ZAKRES OCHRONY I SKŁADKI

	Pakiet	Składka (zgodnie z wybranym wariantem płatności)
Ubezpieczony 1		
Ubezpieczony 2		
Ubezpieczony 3		
Ubezpieczony 4		
Suma		

9. 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 _____

Składka może różnić się o +/- 1,00 zł od składki wskazanej na polisie, natomiast w przypadku konieczności indywidualnej oceny ryzyka jest określana przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. Czy łączna składka roczna (uroczniona) przekracza równowartość 1 000 EUR*?

TAK** NIE

* wg średniego kursu EUR/PLN publikowanego przez NBP w dniu podpisania wniosku ** w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy wypełnić punkt 13 wniosku.

10. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Wiedza o Państwa stanie zdrowia, pozwoli SIGNAL IDUNA na szczegółową indywidualną ocenę ryzyka związanego z zawieraną umową ubezpieczenia. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” prosimy o szczegółową odpowiedź na zadane pytanie. Uzyskane informacje są poufne, służą jedynie SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. do indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. (Jeżeli miejsce przewidziane do odpowiedzi na pytanie okaże się niewystarczające, prosimy o zapisanie odpowiedzi na osobnej kartce, oznaczeniu numerem pytania oraz odpowiednim odnośnikiem na formularzu).

Jeżeli nie życzy sobie Państwo wypełniania ankiety zawierającej informacje o stanie zdrowia w ramach jednego formularza dla wszystkich ubezpieczonych, istnieje możliwość otrzymania oddzielnej ankiety medycznej, którą po wypełnieniu można przekazać bezpośrednio przedstawicielowi Towarzystwa Ubezpieczeniowego.

	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4
1. Wzrost w cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
2. Waga w kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
3. Czy ma Pan(i) wadę wzroku?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Czy jest Pani obecnie w ciąży?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Czy wynik testu na obecność HIV był kiedykolwiek dodatni?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat występowały u Pana/Pani jakiegokolwiek choroby, urazy bądź dolegliwości?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7. Czy w ciągu ostatnich 5 lat zostały przeprowadzone lub zalecone zabiegi, badania bądź operacje ambulatoryjne?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8. Czy przez ostatnie 5 lat przebywał(a) Pan(i) w szpitalu lub sanatorium bądź czy zostały przeprowadzone lub zalecone operacje?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Szczegółowe informacje dotyczące pytań, na które została udzielona odpowiedź twierdząca:

Osoba	Wada wzroku (w dioptriach)	Szczegółowe dane o stanie zdrowia (pkt. 3-7): diagnoza, dolegliwości, wyniki badań, lekarstwa i dawkowanie	Data zachorowania i zabiegu (od-do) Leczenie szpitalne /ambulatoryjne	Operacje tak/nie	Powikłania tak/nie	Nazwa i adres świadczeniodawcy (lekarz, szpital itd.)

11. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.
- * 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.
- * Oświadczam, że doręczono 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 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 TU S.A.
- 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

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt. 4 – 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

– telefoniczną poprzez

kontakt konsultanta

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.

6. jestem nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne zamieszkałą poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**

** (za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – zgodnie z ustawą z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – rozumie się osoby fizyczne:

- szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych – którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
- małżonków osób, o których mowa w lit. a, lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a, małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
- które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a, w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej).

*zgodny z dotychczas Ubezpieczającego w przypadku gdy jest również Ubezpieczonym.

12. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

- 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 Życie Polska TU 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 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 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 wysokości tego świadczenia. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielił 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 Życie TU 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 TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Wyrażam zgodę na wykonywanie badań medycznych, w tym badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV.
- 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.
- 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 Życie Polska TU S.A. pośrednikowi ubezpieczeniowemu, który przyjął mój wniosek. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia do placówek medycznych SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.
- 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 TAK NIE – Ubezpieczony 4

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU 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 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 3
 wiadomości SMS/MMS wiadomości e-mail – Ubezpieczony 2 wiadomości SMS/MMS wiadomości e-mail – Ubezpieczony 4

– telefoniczną poprzez

kontakt konsultanta – Ubezpieczony 1 kontakt konsultanta – Ubezpieczony 2 kontakt konsultanta – Ubezpieczony 3 kontakt konsultanta – Ubezpieczony 4

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

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 Życie Polska TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przekopowej 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 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.

13. Wypełnić obowiązkowo w przypadku, gdy łączna składka roczna (uroczniona) przekracza równowartość 1 000 EUR

(podstawę stanowi ustawa z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)

BENEFICJENT RZECZYWISTY (pola imię i nazwisko wraz z adresem zamieszkania są polami obowiązkowymi)

Dane osób fizycznych spełniających kryterium BENEFICJENTA RZECZYWISTEGO*:

Imię: Nazwisko:

Adres zamieszkania:

kraj województwo
 miejscowość ulica nr domu nr lokalu - kod pocztowy

Zobowiązuję się do poinformowania BENEFICJENTA RZECZYWISTEGO o przekazaniu SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. jego danych osobowych oraz do przekazania BENEFICJENTOWI RZECZYWISTEMU w imieniu SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. informacji, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014, poz. 1182 ze zm.).

* BENEFICJENT RZECZYWISTY – zgodnie z ustawą z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, to:

- osoba fizyczna lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność,
- osoba fizyczna lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25 % w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających przepisom prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równowaznego – w przypadku osób prawnych,
- osoba fizyczna lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25 % majątku – w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.

14. PODPISY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Podpis pośrednika	Podpis Ubezpieczającego
Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4