WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MULTIOCHRONA" - PROGRAM „TWOJA FIRMA"

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa Ubezpieczającego: .....

REGON: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ NIP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres siedziby: .....

tel.: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ fax: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ tel. kom.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e-mail: .....

Imię i nazwisko osoby reprezentującej Ubezpieczającego .....

tel.: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ e-mail: .....

2. WARUNKI UBEZPIECZENIA

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

Wysokość składki: .....

Składka opłacana do dnia: R R R R M M D D
(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**, BRE Bank SA Oddział Regionalny Gdańsk
Na dowodzie wpłaty proszę o podanie nazwy Ubezpieczającego

3. 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

wysokość świadczeń (PLN)

RYZYKO 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 dziecka	—	—	—	—	—	—	—	—	750	1 250	1 500	1 850	—
urodzenie się Ubezpieczonemu martwego dziecka	—	—	—	—	—	—	—	—	1 500	2 500	3 000	3 500	—

SIŻ 2038/??.15

** 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*

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

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

5. 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.			9.		
2.			10.		
3.			11.		
4.			12.		
5.			13.		
6.			14.		
7.			15.		
8.			16.		

6. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą oraz, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy i zapoznałem(am) się z ich treścią. Zostałem(am) poinformowany(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki zawarcia umowy ubezpieczenia. 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

1. Na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku 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
2. Na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt. 1 – 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

R R R R M M D D Data

..... Podpis Ubezpieczającego

7. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Nazwa Pośrednika: .....

REGON: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ NIP: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Adres siedziby: .....

tel.: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐ fax: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ tel. kom.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

e-mail: .....

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

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

Potwierdzam przyjęcie wniosku w imieniu SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

R R R R M M D D Data

..... Podpis pośrednika

UBEZPIECZYCIEL OŚWIADCZA, ŻE

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.