

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

Numer polisy:

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy:

2. POŚREDNIK

3. UBEZPIECZONY

Zaznacz właściwe:

PRACOWNIK MAŁŻONEK PARTNER DZIECKO

Imię i nazwisko składającego deklarację:

Dane osobowe składającego deklarację:

PESEL:

Data urodzenia:

.....

Miejsce urodzenia:

Płeć: kobieta mężczyzna

tel.:

tel. kom.:

e-mail:

Adres

do korespondencji:

Dane o zatrudnieniu – dotyczy pracowników Ubezpieczającego:

Data zatrudnienia:

.....

Wykonywany zawód:

Rodzaj umowy: umowa o pracę umowa cywilnoprawna (jaka?)

.....

inna (jaka?)

.....

.....

Zatrudnienie na okres próbny tak nie

Dodatkowe informacje:

Czy ubezpieczeniem są objęci zatrudnieni przez Ubezpieczającego Pani/ Pana rodzice, małżonek, partner, dzieci, rodzeństwo lub inna osoba spokrewniona?

nie tak (proszę podać imię, nazwisko, st. pokrewieństwa)

.....

Czy obecnie posiada Pani/ Pan inne ubezpieczenie na życie w SIGNAL IDUNA? tak nie

.....

4. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data

rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

.....

Wysokość składki:

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:

.....

Płeć: kobieta mężczyzna

.....

7. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY (POLE OBOWIĄZKOWE, CHYBA ŻE WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ STANOWIĄ INACZEJ)

Pytania	Tak	Nie	Jeżeli tak, 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?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Czy zażywał/a Pan/Pani przewlekłe jakiegokolwiek środki medyczne przepisane przez lekarza? (jeśli tak, to od kiedy? proszę podać nazwę leku, dawkę i przyczynę zażywania)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy ma Pan/Pani przyznaną rentę inwalidzką lub inną kategorię niezdolności do pracy lub w chwili obecnej stara się Pan/Pani o jej przyznanie? (jeśli tak, to jakiego powodu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat miał/a Pan/Pani rozpoznane choroby lub jakiegokolwiek problemy związane z:			
a) UKŁADEM KRAŻENIA: nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba wieńcowa, zmiany w EKG, bóle w klatce piersiowej, szmery w sercu, choroby naczyń krwionośnych.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) UKŁADEM ODDECHOWYM: przewlekłe zapalenie oskrzeli, nawracające zapalenie płuc, astma, rozedma, gruźlica, chroniczny kaszel, duszności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) UKŁADEM POKARMOWYM: przewlekły nieżyt żołądka, owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, wątroby lub trzustki.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) UKŁADEM MOCZOWO-PĘCIOWYM: białko lub krew w moczu, kamienie nerkowe, zapalenie lub niewydolność nerek, choroby prostaty, zapalenie przydatków, guzy piersi, schorzenia szyjki macicy.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) UKŁADEM NERWOWYM LUB CHOROBYMI UMYSŁOWYMI: paraliż, niedowład, padaczka, zapalenie opon mózgowych, utrata przytomności, stwardnienie rozsiane, stany lękowe, psychozy, depresje, próby samobójcze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) UKŁADEM KRWIOTWÓRCZYM: anemia, zmiany w morfologii, zaburzenia krzepliwości krwi, powiększone węzły chłonne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) UKŁADEM ENDOKRYNNYM LUB ZABURZENIAMI METABOLICZNYMI: cukrzyca, dna, podwyższony poziom cholesterolu lub trójglicerydów, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) UKŁADEM RUCHU LUB SKÓRĄ: osteoporoza, reumatyzm, bóle i skrzywienie kręgosłupa, wypadnięcie dysku, zapalenie lub naderwanie ścięgien, zapalenia lub zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, łuszczycy, usunięcie znamion skóry.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI: rak lub innego rodzaju guz, białaczka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) CHOROBYMI: AIDS, zakażenie wirusem HIV, żółtaczka, choroby wirusowe, pasożytnicze, weneryczne, gorączka reumatyczna, choroba alkoholowa lub nadużywanie alkoholu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8. OŚWIADCZENIA

Oświadczenie Ubezpieczonego

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tej deklaracji oraz w ankiecie medycznej 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.
- 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 TU 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 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 Polska 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 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 objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Oświadczam, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Oświadczam, że otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a w przypadku zawarcia umowy, w celu jej wykonania.

Zgody marketingowe

- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przykopywa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.
TAK / NIE
- 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. Przykopywa 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

.....
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie Ubezpieczającego

Posiadając aktualne pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w związku z zawieraniem ubezpieczeniem stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionego pracownika do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona”, zawartej pomiędzy reprezentowanym przeze mnie Pracodawcą a SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

.....
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczającego

Oświadczenie Pośrednika

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszej deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczonego.

.....
Miejscowość Data Własnoręczny podpis Pośrednika