

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MULTIOCHRONA

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy:

REGON:

NIP:

Adres siedziby:

tel.:

fax:

tel. kom.:

e-mail:

2. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Składka opłacana do dnia:

Częstotliwość opłacania składki: Liczba pracowników zatrudnianych: Liczba pracowników zgłaszanych:

Udział procentowy pracodawcy w składce:

3. ŚWIADCZENIA

L.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia	L.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia
1.			18.		
2.			19.		
3.			20.		
4.			21.		
5.			22.		
6.			23.		
7.			24.		
8.			25.		
9.			26.		
10.			27.		
11.			28.		
12.			29.		
13.			30.		
14.			31.		
15.			32.		
16.			33.		
17.			34.		

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

I.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.			13.		
2.			14.		
3.			15.		
4.			16.		
5.			17.		
6.			18.		
7.			19.		
8.			20.		
9.			21.		
10.			22.		
11.			23.		
12.			24.		

6. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany(a) 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. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości w okresie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie MULTIOCHRONA obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
2. Upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali, do udzielenia SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia na żądanie SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. a także przez inne spółki koncernu SIGNAL IDUNA Grupy, zarówno obecnie jak i w przyszłości, moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie do celów marketingowych, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zmianami). Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo do wglądu do moich danych oraz do ich poprawiania.

tak nie

Wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w związku z zawieraniem ubezpieczeniem stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionej osoby do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA, zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A.

.....

Miejscowość



Data

.....

Własnoręczny podpis Ubezpieczającego

7. NAZWA POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Nazwa firmy:

REGON: NIP:

Adres siedziby:

tel.: fax: tel. kom.:

e-mail:

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

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