

**Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia
JAK OCHRONIĆ SIEBIE I NAJBLIŻSZYCH
Pakietowe Ubezpieczenie na Życie
i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków**

SIGNAL IDUNA



SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

Nr wniosku:	<input type="text"/>	Dane pracownika SIGNAL IDUNA:	<input type="text"/>
Dane Agenta:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<i>imię i nazwisko</i>	<i>nr telefonu</i>	<i>e-mail</i>

1. WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

- wariant indywidualny wariant rodzinny

2. UBEZPIECZAJĄCY

- osoba fizyczna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej
 osoba prawna* fundacja lub stowarzyszenie
* jeżeli spółka akcyjna notowana na rynku regulowanym - podać gdzie

Płeć: kobieta mężczyzna

Pierwsze imię: Drugie imię:

Nazwisko/Nazwa firmy:

PESEL / NIP: Data urodzenia: Obywatelstwo:

Nazwa dokumentu tożsamości Seria: Numer:
(dowód osobisty/ paszport/ prawo jazdy/ inny - jaki?)

Adres zamieszkania / siedziby firmy:

ulica nr domu

kraj miejscowość kod pocztowy

poczta województwo

tel. stacjonarny tel. komórkowy e - mail

sport/hobby

Zawód wykonywany/ rodzaj działalności gospodarczej:

3. GŁÓWNY UBEZPIECZONY (wypełnić tylko gdy Główny Ubezpieczony jest osobą fizyczną i nie jest Ubezpieczającym)

Płeć: kobieta mężczyzna

Pierwsze imię: Drugie imię: Nazwisko:

PESEL: Data urodzenia: Obywatelstwo:

Nazwa dokumentu tożsamości Seria: Numer:
(dowód osobisty/ paszport/ prawo jazdy/ inny - jaki?)

Zawód wykonywany:

Sport/hobby:

Adres zamieszkania:

ulica nr domu

kraj miejscowość

poczta województwo

4. DANE UPOSAŻONYCH

Imię i nazwisko/ nazwa	Data urodzenia/REGON	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	udział % w świadczeniu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. DANE CZŁONKÓW RODZINY UBEZPIECZONEGO (MAŁŻONEK I DZIECI UBEZPIECZONEGO) (wypełnić tylko przy wyborze wariantu rodzinnego)

Nazwisko	Imiona	PESEL	Data Urodzenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6. DANE O UBEZPIECZENIU

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

ZAKRES UBEZPIECZENIA:

Ochrona:	Wariant indywidualny				Wariant rodzinny		
		Silver Plus	Gold Plus	Platinum Plus	Silver Plus	Gold Plus	Platinum Plus
Okres ubezpieczenia, składka miesięczna	<input type="checkbox"/> 5 lat	<input type="checkbox"/> 40 PLN	<input type="checkbox"/> 57 PLN	<input type="checkbox"/> 79 PLN	<input type="checkbox"/> 76 PLN	<input type="checkbox"/> 129 PLN	<input type="checkbox"/> 179 PLN
Śmierć Ubezpieczonego		1.500	1.500	1.500	1.500	1.500	1.500
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW		75.000	150.000	220.000	75.000	150.000	220.000
Śmierć małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW					75.000	150.000	220.000
Śmierć dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW					37.500	75.000	110.000
Trwale inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku NW		75.000	150.000	220.000	75.000	150.000	220.000
Trwale inwalidztwo małżonka Ubezpieczonego w wyniku NW					75.000	150.000	220.000
Trwale inwalidztwo dziecka Ubezpieczonego w wyniku NW					37.500	75.000	110.000

Częstotliwość opłaty składki: miesięczne kwartalnie półrocznie rocznie

Całkowita składka do zapłaty:

7. OŚWIADCZENIA / UPOWAŻNIENIA

Oświadczenia Ubezpieczającego:

a) Oświadczam, że:

1. 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: a) 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 trybów 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, b) 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, c) 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.)

2. Doręczono 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.

b) Wyrażam zgodę:

1. Na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku o zawarcie umowy „Jak ochronić siebie i najbliższych – pakietowe Ubezpieczenie na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków” 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

Oświadczenia Ubezpieczonych:

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 nieprawdliwości, odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia w pierwszych trzech latach od zawarcia umowy.

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 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.

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. Wyrażam zgodę na wykonywanie badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anti-HIV.

5. Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia.

6. Oświadczam, że doręczono 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.

7. Wyrażam nie wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku o zawarcie umowy „Jak ochronić siebie i najbliższych – pakietowe Ubezpieczenie na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków” 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.

8. 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 – **Ubezpieczony 1** wiadomości SMS/MMS, wiadomości e-mail – **Ubezpieczony 2**
- telefoniczną poprzez kontakt konsultanta – **Ubezpieczony 1** kontakt konsultanta – **Ubezpieczony 2**

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.

8. PODPISY

Nazwa Pośrednika	Numer Pośrednika	Imię i nazwisko Agenta	Numer RAU OWCA	
miejsowość	data	Podpis Pośrednika	Podpis Ubezpieczającego	Podpis Ubezpieczonego