

Wniosek o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Niezszczęśliwych Wypadków UBTR

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

Dane pracownika SIGNAL IDUNA: _____
 Dane Agent: _____
imię i nazwisko nr telefonu e-mail

1. UBEZPIEZAJĄCY/ UBEZPIECZONY 1

Ubezpieczający jest także Ubezpieczonym 1 (Ubezpieczający musi być osobą fizyczną) osoba fizyczna osoba prawna* jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej fundacja lub stowarzyszenie
*Jeżeli spółka akcyjna notowana na rynku regularnym - podać gdzie

Imiona/Nazwisko /Nazwa Firmy: _____
 Miejsce urodzenia: _____ Data urodzenia: Obywatelstwo: _____
 Numer dowodu osobistego/paszportu: _____ PESEL/ NIP: _____ Płeć: kobieta mężczyzna
 Zawód wykonywany /Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej: _____ Opis: _____
 Uprawiane sporty, hobby: _____
 Adres zamieszkania/Siedziba Firmy: _____
ulica nr domu kraj miejscowość kod pocztowy
 Telefon: _____
stacjonarny komórkowy e-mail

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie informacji pod ww. numer telefonu kontaktowego oraz adres e-mail: Tak Nie

Dane Uposażonego (w przypadku chęci wskazania większej liczby Uposażonych prosimy dołączyć do wniosku oddzielną kartę z datą i podpisem):

Imię i nazwisko/ nazwa	Data urodzenia/ REGON	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	Udział % w świadczeniu

2. UBEZPIECZONY 2 (wypełnić jeśli inny niż Ubezpieczający)

Imiona: _____ Nazwisko: _____
 Miejsce urodzenia: _____ Data urodzenia: Obywatelstwo: _____
 Numer dowodu osobistego/paszportu: _____ PESEL: _____ Płeć: kobieta mężczyzna
 Zawód wykonywany: _____ Opis: _____
 Uprawiane sporty, hobby: _____
 Adres zamieszkania: _____
ulica nr domu kraj miejscowość kod pocztowy
 Telefon: _____
stacjonarny komórkowy e-mail

Dane Uposażonego (w przypadku chęci wskazania większej liczby Uposażonych prosimy dołączyć do wniosku oddzielną kartę z datą i podpisem):

Imię i nazwisko/ nazwa	Data urodzenia/ REGON	Pokrewieństwo z Ubezpieczonym	Udział % w świadczeniu

3. DANE O UBEZPIECZENIU

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (maksymalnie do 2 miesięcy od daty spisania wniosku)

Częstotliwość opłacania składki: Miesięcznie Kwartalnie Półrocznie Rocznie

UBEZPIECZONY 1	UBEZPIECZONY 2
Wysokość zwrotu składki: <input type="checkbox"/> 50% UBTR	Wysokość zwrotu składki: <input type="checkbox"/> 50% UBTR
Okres ubezpieczenia: <input type="checkbox"/> 15 lat <input type="checkbox"/> 20 lat <input type="checkbox"/> 25 lat	Okres ubezpieczenia: <input type="checkbox"/> 15 lat <input type="checkbox"/> 20 lat <input type="checkbox"/> 25 lat

Sumy ubezpieczenia w Pakietach (prosimy zaznaczyć wybrany Pakiet)	<input type="checkbox"/> Pakiet I	<input type="checkbox"/> Pakiet II	<input type="checkbox"/> Pakiet III
	Zakres ubezpieczenia:	<input type="checkbox"/> UBEZPIECZONY 1 <input type="checkbox"/> UBEZPIECZONY 2	<input type="checkbox"/> UBEZPIECZONY 1 <input type="checkbox"/> UBEZPIECZONY 2
Śmierć	Wartość wykupu na datę zdarzenia nie mniej niż 1 000 PLN		
Śmierć wskutek NW	50.000 PLN	75.000 PLN	100.000 PLN
Trwałe kalectwo wskutek NW	50.000 PLN	75.000 PLN	100.000 PLN
Poważny uraz wskutek NW	25.000 PLN	37.500 PLN	50.000 PLN
Złamania lub oparzenia wskutek NNW	10.000 PLN	15.000 PLN	20.000 PLN
Pobyt w szpitalu wskutek NW/dzień	50 PLN	75 PLN	100 PLN

Wysokość składki dla wybranej częstotliwości i Pakietu PLN

UBEZPIECZONY 1	
UBEZPIECZONY 2	
Łączna wysokość składki do zapłaty	

Słownie łączna
wysokość składki:
..... PLN)

Czy łączna składka roczna (uroczniona) przekracza równowartość 1 000 EUR*? Nie Tak**

* wg średniego kursu EUR/PLN publikowanego przez NBP z dnia podpisania wniosku

** w przypadku zaznaczenia odpowiedzi Tak należy wypełnić punkt 6 wniosku.

4. OŚWIADCZENIA/ UPOWAŻNIENIA

Oświadczenia Ubezpieczającego:

a) Oświadczam, że:

- 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.)
- doręczone 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:

- Na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku o zawarcie umowy „Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków UBTR” 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
- 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:

- 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.
- 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 wysokością tego świadczenia. Ponadto zgadzam się na występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o informacje w zakresie świadczeniodawców (nazwa i adres), którzy udzielili 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 Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz jego reasekuratorom, a w szczególności każdej informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie niezbędny 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.
- 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.
- Oświadczam, że doręczone 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.
- Wyrażam nie wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku o zawarcie umowy „Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Gwarantowanym Zwrotem Składek oraz Ubezpieczeniem Następstw Nieszczęśliwych Wypadków UBTR” 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.
- 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.

5. Uzupełniające dane o Ubezpieczającym w związku z realizacją obowiązków SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. wynikających z Ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Wypełnić obowiązkowo w przypadku gdy łączna składka roczna (uroczniona) przekracza równowartość 1 000 EUR.

BENEFICJENT RZECZYWISTY

Jeżeli jest możliwość wskazania beneficjenta rzeczywistego, pola imię i nazwisko wraz z adresem zamieszkania są polami obowiązkowymi

Dane osób fizycznych spełniających kryterium beneficjenta rzeczywistego:*

Imię: Nazwisko:

Adres zamieszkania:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>kraj</small>	<small>województwo</small>	<small>mięscowość</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>ulica</small>	<small>nr domu</small>	<small>nr lokalu</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>seria i numer dokumentu tożsamości</small>	<small>PESEL</small>	<small>data urodzenia</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>D D M M R R R R</small>	<small>obywatelstwo</small>

Ubezpieczający zobowiązuje 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 art. 25 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Beneficjent rzeczywisty – zgodnie z ustawą z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu to:

- a) 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
- b) 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 lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego – w przypadku osób prawnych,
- c) 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.)

6. PODPISY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Nazwa Pośrednika</small>	<small>Numer Pośrednika</small>	<small>Imię i nazwisko Agent</small>	<small>Numer RAU OWCA</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>mięscowość</small>	<small>data</small>	<small>Podpis Pośrednika</small>	<small>Podpis Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego 1</small>
			<small>Podpis Ubezpieczonego 2</small>