

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

**1. UBEZPIECZAJĄCY**

**2. POŚREDNIK**

**3. UBEZPIECZONY**

Imię i nazwisko:

Dane osobowe składającego deklarację:

PESEL:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: ..... Płeć:  kobieta  mężczyzna

tel.:  tel. kom.:  e-mail: .....

Adres do korespondencji:

Dane o zatrudnieniu:

Wykonywany zawód:

Dodatkowe informacje:

Czy ubezpieczeniem są objęci Pani/ Pana małżonek lub dzieci?  tak  nie

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

W przypadku konieczności zwrotu składki ubezpieczeniowej proszę o przekazanie należnych środków na następujący numer rachunku bankowego:

.....  
data i czytelny podpis składającego deklarację uczestnictwa

**4. WARUNKI UBEZPIECZENIA**

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Wnioskowany zakres ochrony ubezpieczeniowej:

Wysokość składki miesięcznej:

**5. DANE UPOSAŻONYCH**

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %
1.	<input type="text"/>			
2.	<input type="text"/>			
3.	<input type="text"/>			
4.	<input type="text"/>			

**6. ZGŁOSZENIE PARTNERA**

Imię i nazwisko partnera:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć:  kobieta  mężczyzna

**7. WNIOSK O OGRANICZENIE OKRESÓW KARENCJI – w przypadku rezygnacji z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie**

*(Rubryka wypełniana wyłącznie w przypadku osób rezygnujących z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie. Ograniczenie wymiaru karencji odbywa się zgodnie z warunkami szczególnymi umowy ubezpieczenia oraz dotyczy ryzyk ubezpieczeniowych objętych odpowiedzialnością w ramach umowy ubezpieczenia grupowego poprzedzającego bezpośrednio program SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. Zmiana wymiaru okresu karencji nie obejmuje ryzyk ubezpieczeniowych, które nie występowały w dotychczasowym zakresie ochrony oraz dodatkowej kwoty świadczenia polisy SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. przekraczającej świadczenie w dotychczasowej umowie.)*

W związku z rezygnacją z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie proszę o ograniczenie wymiaru okresu karencji zgodnie z zapisami warunków szczególnych zawartej pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym umowy ubezpieczenia. Zobowiązuję się dostarczyć dokumenty potwierdzające zakres ochrony, okres ubezpieczenia oraz wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w ramach dotychczasowego ubezpieczenia wraz z deklaracją uczestnictwa.

okres ubezpieczenia:

data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:  data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej:

nazwa poprzedniego Towarzystwa Ubezpieczeń:

data i podpis Ubezpieczonego: .....

## 8. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

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 przewlekle 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) <b>UKŁADEM KRAŻENIA</b> jak nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba wieńcowa, zmiany w EKG, bóle w klatce piersiowej, szmery w sercu, choroby naczyń krwionośnych, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) <b>UKŁADEM ODDECHOWYM</b> jak przewlekłe zapalenie oskrzeli, nawracające zapalenie płuc, astma, rozedma, gruźlica, chroniczny kaszel, duszności, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) <b>UKŁADEM POKARMOWYM</b> jak przewlekły nieżyt żołądka, owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, wątroby lub trzustki, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) <b>UKŁADEM MOCZOWO-PŁCIOWYM</b> jak białko lub krew w moczu, kamienie nerkowe, zapalenie lub niewydolność nerek, choroby prostaty, zapalenie przydatków, guzy piersi, schorzenia szyjki macicy, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) <b>UKŁADEM NERWOWYM LUB CHOROZAMI UMYŚLOWYMI</b> jak paraliż, niedowład, padaczka, zapalenie opon mózgowych, utrata przytomności, stwardnienie rozsiane, stany lękowe, psychozy, depresje, próby samobójcze, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) <b>UKŁADEM KRWIOTWÓRCZYM</b> jak anemia, zmiany w morfologii, zaburzenia krzepliwości krwi, powiększone węzły chłonne, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) <b>UKŁADEM ENDOKRYNNYM LUB ZABURZENIAMI METABOLICZNYMI</b> jak cukrzyca, dna, podwyższony poziom cholesterolu lub trójglicerydów, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) <b>UKŁADEM RUCHU LUB SKÓRĄ</b> jak osteoporoza, reumatyzm, bóle i skrzywienie kręgosłupa, wypadnięcie dysku, zapalenie lub naderwanie ścięgien, zapalenia lub zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, łuszczyca, usunięcie znamion skóry, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) <b>CHOROZAMI NOWOTWOROWYMI</b> jak rak lub innego rodzaju guz, białaczka, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) <b>CHOROZAMI ZAKAŻNYMI, PASOŻYTNICZYMI LUB PRZENOSZONYMI DROGĄ PŁCIOWĄ</b> jak AIDS, zakażenie wirusem HIV, żółtaczką, choroby wirusowe, pasożytnicze, weneryczne, gorączka reumatyczna, itp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 9. OŚWIADCZENIA

### Oświadczenie Ubezpieczonego:

- 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.
- 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 udzieli 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 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.
- 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 zgodę na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych w Deklaracji Uczestnictwa w Umowie Grupowego Ubezpieczenia na Życie „Multiochrona” dla Grup Otwartych (z wyłączeniem danych dotyczących stanu zdrowia) 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
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt. 6 – 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

Data

.....  
Podpis Ubezpieczonego

### INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

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.

### PODPIS POŚREDNIKA

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczonego w mojej obecności.

.....  
Miejscowość

Data

.....  
Własnoręczny podpis Pośrednika