

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

1. UBEZPIECZAJĄCY					
SIGNAL IDUNA Dystrybucja Sp. z o.o.					
2. POŚREDNIK					
Moneyport Łukasz Kreja					
3. UBEZPIECZONY					
Imię i nazwisko: A D A M K O W A L S K I					
Dane osobowe składającego deklarację: PESEL: 8 5 0 7 0 1 0 1 2 3 4					
Data urodzenia: 0 1 0 7 1 9 8 5 Miejsce urodzenia: GDANSK Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input checked="" type="checkbox"/> mężczyzna					
tel.: 5 8 3 3 3 4 2 0 6 tel. kom.: 6 0 5 9 7 0 0 3 8 e-mail: adam.kowalski@up.pl					
Adres do korespondencji: AL RZECZYPOSPOLITEJ 4/146, 80-369 GDANSK					
Dane o zatrudnieniu: Wykonywany zawód: LEKARZ					
Dodatkowe informacje: Czy ubezpieczeniem są objęci małżonek lub dzieci? <input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> nie Czy obecnie posiada Pani/ Pan inne ubezpieczenie na życie w SIGNAL IDUNA? <input type="checkbox"/> tak <input checked="" type="checkbox"/> 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: 0 1 0 7 2 0 1 5 Wnioskowany zakres ochrony ubezpieczeniowej: ZAKRES 3 Wysokość składki miesięcznej: 66,00 zł					
Zakres ochrony ubezpieczeniowej					
	<input type="checkbox"/> Zakres 1	<input type="checkbox"/> Zakres 2	<input checked="" type="checkbox"/> Zakres 3	<input type="checkbox"/> Zakres 4	<input type="checkbox"/> Zakres 5
Śmierć Ubezpieczonego	10 000 zł	15 000 zł	30 000 zł	40 000 zł	15 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego)	20 000 zł	40 000 zł	60 000 zł	80 000 zł	35 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	40 000 zł	60 000 zł	100 000 zł	120 000 zł	55 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (świadczenie za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu)	200 zł	275 zł	350 zł	425 zł	200 zł
Śmierć małżonka lub partnera Ubezpieczonego	5 000 zł	6 500 zł	8 000 zł	-	-
Śmierć małżonka lub partnera w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego)	10 000 zł	13 000 zł	16 000 zł	-	-
Śmierć dziecka Ubezpieczonego	1 500 zł	2 000 zł	3 000 zł	-	-
Śmierć dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego)	3 000 zł	4 000 zł	6 000 zł	-	-
Śmierć rodzica	1 000 zł	1 200 zł	1 600 zł	-	-
Śmierć teścia	1 000 zł	1 200 zł	1 600 zł	-	-
Osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego	2 000 zł	2 500 zł	3 000 zł	-	-
Urodzenie dziecka	900 zł	1 050 zł	1 300 zł	-	-
Urodzenie martwego dziecka	2 000 zł	2 250 zł	3 000 zł	-	-
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - zakres podstawowy	3 500 zł	4 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	3 000 zł
Poważne zachorowanie dziecka	3 500 zł	4 000 zł	5 000 zł	-	-
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby oraz po 14 dniu pobytu niezależnie od przyczyny	30 zł	40 zł	55 zł	55 zł	30 zł
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ciągu pierwszych 14 dni	60 zł	80 zł	110 zł	110 zł	60 zł
OIOM	60 zł	80 zł	110 zł	110 zł	60 zł
Operacje Chirurgiczne (w zależności od kategorii przeprowadzonej operacji chirurgicznej wypłacany jest stosowny procent podanej kwoty maksymalnego świadczenia, kategoria I - 100%, kategoria II - 75%, kategoria III - 50%, kategoria IV - 25%, kategoria V - 10%)	450 zł	550 zł	900 zł	900 zł	300 zł
Sanatorium	250 zł	300 zł	400 zł	400 zł	200 zł
Rekonwalescencja	250 zł	300 zł	400 zł	400 zł	200 zł
Dodatkowe Ubezpieczenie "Assistance Medyczny"	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Wysokość miesięcznej składki	39 zł	48 zł	66 zł	50 zł	24 zł
5. DANE UPOSAŻONYCH					
Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %	
1. ANNA KOWALSKA	1 9 8 5 0 4 1 0	GDANSK	ŻONA	100%	
2.					
6. ZGŁOSZENIE PARTNERA					
Imię i nazwisko partnera: 					
PESEL: Data urodzenia: Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna					

7. WNIOSEK 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	Jeśli tak, to 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 checked="" type="checkbox"/>	
2. 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 z jakiego powodu?)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
3. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani następujące choroby:			Jeśli tak, to proszę podać datę rozpoznania i przebieg leczenia
a) zawał mięśnia sercowego	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
b) udar mózgu, porażenie, niedowład	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
c) cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
d) przewlekłe zapalenie trzustki	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
e) niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
f) nowotwory, guzy, białaczki	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
g) padaczka, choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
h) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
i) AIDS, zakażenie wirusem HIV	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 nieprawdziwości 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 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 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 „Multichrona” 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

ODANŚK

Miejscowość

25 06 2015

Data

Adam Kowalski

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. Przekopowej 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

.....

Miejscowość

Data

.....

Własnoręczny podpis Pośrednika