

**Deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia na życie i od następstw nieszczęśliwych wypadków**

**UBEZPIECZAJĄCY:** Stowarzyszenie Ubezpieczonych, ul. Borowska 246b/2, 50-558 Wrocław, tel. +48 71 785 46 57

**DANE UBEZPIECZONEGO**

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Płeć: K  M

PESEL: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji (ulica, miejscowość, kod): \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Tel. kom.: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Dodatkowe informacje:**

1. Wykonywany zawód: \_\_\_\_\_

2. Czy posiada Pani/ Pan inne ubezpieczenie na życie w SIGNAL IDUNA? Tak  Nie

**ZGŁOSZENIE PARTNERA** (nie dotyczy małżonka)

Imię i nazwisko partnera: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Płeć: \_\_\_\_\_

**DANE UPOSAŻONYCH:**

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu (%)
1.				
2.				
3.				

DO WYBORU JEDEN Z PIĘCIU WARIANTÓW UBEZPIECZENIA:	1	2	3	4	5
<b>ŚWIADCZENIA PODSTAWOWE UBEZPIECZONEGO</b>	<b>Wysokość świadczeń w PLN</b>				
Śmierć Ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)	20 000	20 000	25 000	50 000	80 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego)	45 000	40 000	50 000	110 000	180 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego) (karencja 6 m-cy)		30 000	35 000	80 000	160 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz śmierci z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	65 000	60 000	75 000	160 000	260 000
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za każdy 1%)	400	320	405	450	
<b>ŚWIADCZENIA WSPÓLUBEZPIECZONYCH</b>					
Śmierć rodziców Ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)		1 000	1 350		
Śmierć teściów Ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)		1 000	1 350		
Śmierć małżonka/partnera Ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)		6 000	7 500		
Śmierć małżonka/partnera Ubezpieczonego w wyniku NW		15 000	20 250		
Osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)		4 000	5 400		
Śmierć dziecka Ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)		3 500	4 725		
Urodzenie dziecka (karencja 10 m-cy)		1 000	1 350		
Urodzenie martwego dziecka (karencja 10 m-cy)		2 500	3 375		
Poważne zachorowanie dziecka (karencja 3 m-ce)		3 000	4 050		
<b>ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE UBEZPIECZONEGO</b>					
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego (karencja 3 m-ce)		3 000	4 050	10 000	
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego					
a) w wyniku choroby (oraz po 14 dniu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku) (karencja 3 m-ce)	a) 35	a) 40	a) 50	a) 55	
b) w wyniku nieszczęśliwego wypadku (w ciągu pierwszych 14 dni)	b) 70	b) 80	b) 100	b) 110	
Pobyt na OIOM (karencja 3 m-ce, jeżeli pobyt nie jest spowodowany wypadkiem)				110	
Operacja chirurgiczna (za każdą operację, zgodnie z OWU)	350	350	450	450	
Leczenie sanatoryjne	200	200	250	250	
Niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	5 000	5 000	6 000	6 000	
Składka miesięczna (w PLN)	<b>26,80</b>	<b>37,76</b>	<b>47,50</b>	<b>55,00</b>	<b>60,00</b>
<b>Wybieram wariant świadczenia (zaznaczyć „x”):</b>					

**WARUNKI UBEZPIECZENIA**

- wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:	01	-	-
- częstotliwość opłacania składki: <b>miesięczna</b>	- udział ubezpieczonego w składce: <b>100%</b>		

**WNIOSEK O SKRÓCENIE KARENCCJI** w przypadku z rezygnacji z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie

Skrócenie karencji o okres dotychczasowego ubezpieczenia dotyczy zakresu ochrony i wysokości świadczeń w ramach poprzedniego grupowego ubezpieczenia na życie. Skrócenie okresu karencji nie obejmuje ryzyk, które nie występowały w dotychczasowym zakresie ochrony oraz dodatkowej wysokości świadczeń za poszczególne ryzyka przekraczającej świadczenie w dotychczasowej umowie.

**Zakład Ubezpieczeń**

Okres dotychczasowego ubezpieczenia od:

Data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej:

**KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY**

Pytanie	Tak/ Nie		Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje
	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
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? <b>(jeśli tak to z jakiego powodu)</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
2. Czy zażywał/a Pan/Pani przewlekłe jakiegokolwiek środki medyczne przepisane przez lekarza? <b>(jeśli tak, to od kiedy? proszę podać nazwę leku, dawkę i przyczynę zazywania)</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <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? <b>(jeśli tak, to z jakiego powodu?)</b>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <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> nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba wieńcowa, zmiany w EKG, bóle w klatce piersiowej, szmery w sercu, choroby naczyń krwionośnych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
b) <b>UKŁADEM ODDECHOWYM:</b> przewlekłe zapalenie oskrzeli, nawracające zapalenie płuc, astma, rozedma, gruźlica, chroniczny kaszel, duszności	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
c) <b>UKŁADEM POKARMOWYM:</b> przewlekły nieżyt żołądka, owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, wątroby lub trzustki	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
d) <b>UKŁADEM MOCZOWO – PŁCIOWYM:</b> białko lub krew w moczu, karmienie nerkowe, zapalenie lub niewydolność nerek, choroby prostaty, zapalenie przydatków, guzy piersi, schorzenia szyjki macicy	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
e) <b>UKŁADEM NERWOWYM LUB CHOROBYMI UMYSŁOWYMI:</b> paraliż, niedowład, padaczka, zapalenie opon mózgowych, utrata przytomności, stwardnienie rozsiane, stany lękowe, psychozy, depresje, próby samobójcze	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
f) <b>UKŁADEM KRWIOTWÓRCZYM:</b> anemia, zmiany w morfologii, zaburzenia krzepliwości krwi, powiększone węzły chłonne	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
g) <b>UKŁADEM ENDOKRYNNYM LUB ZABURZENIAMI METABOLICZNYMI:</b> cukrzyca, dna, podwyższony poziom cholesterolu lub trójglicerydów, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
h) <b>UKŁADEM RUCHU LUB SKÓRĄ:</b> osteoporoza, reumatyzm, bóle i skrzywienie kręgosłupa, wypadanie dysku, zapalenie lub naderwanie ścięgien, zapalenie lub zwyrodnienie stawów, choroby mięśni, łuszczyca, usunięcie znamion skóry	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
i) <b>CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI:</b> rak lub innego rodzaju guz, białaczka	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
j) <b>CHOROBYMI:</b> AIDS, zakażenie wirusem HIV, żółtaczką, choroby wirusowe, pasożytnicze, weneryczne, gorączka reumatyczna	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO**

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tej deklaracji oraz w ankiecie medycznej są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- 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 TU 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 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 TU 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 TU 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 lub odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Otrzymałem(am) Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a w przypadku zawarcia umowy, w celu jej wykonania.
- Zgadzam się na finansowanie składki ubezpieczeniowej za wybrane przeze mnie warianty ubezpieczenia w wysokości określonej w Umowie Ubezpieczenia. Należną składkę zobowiązuję się przekazywać jednorazowo, nie później niż do 20. dnia każdego miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony, na wskazany indywidualny rachunek bankowy Ubezpieczającego.
- Integralną część deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia stanowi deklaracja członkowska Stowarzyszenia Ubezpieczonych.

Zgody marketingowe

- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych. tak nie
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt. powyżej – od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych w tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS tak / niewiadomości e-mail tak / nietelefoniczny tak / nie

Miejscowość

Data

Własnoręczny podpis Ubezpiezonego

Data

Pieczęćka i podpis Ubezpieczającego



## Kto jest administratorem Twoich danych osobowych?

Administratorem Twoich danych osobowych jest SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Przykoppowej 31 w Warszawie (01-208).

**Kontakt:** e-mail: [info@signal-iduna.pl](mailto:info@signal-iduna.pl), formularz kontaktowy pod adresem [www.signal-iduna.pl](http://www.signal-iduna.pl), tel. +48 22 505 65 06 lub pisemnie na adres naszej siedziby.

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się bezpośrednio z naszym inspektorem ochrony danych: e-mail: [iod@signal-iduna.pl](mailto:iod@signal-iduna.pl) lub pisemnie na powyższy adres.



## Czyje dane osobowe przetwarzamy?

Przetwarzamy dane osobowe:

- ubezpieczającego,
- ubezpieczonego,
- osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej,
- innych uprawnionych osób z umowy ubezpieczenia, których posiadane przez nas dane nie zawsze pozwalają na przekazanie informacji na temat przetwarzania danych,
- osób kontaktujących się z nami, których dane osobowe będą przetwarzane w celu, którego kontakt dotyczy.



## W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe przetwarzamy w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i likwidacji ewentualnej szkody/roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora,
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora,
- wypełniania przez nas innych zobowiązań ustawowych – podstawą prawną przetwarzania danych jest odpowiedni przepis prawa określający nasze zobowiązanie,
- marketingu naszych produktów i usług, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora.



## Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Przestaniemy przetwarzać Twoje dane do celów marketingu, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłosisz nam sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych w tych celach.

Dodatkowo, jeżeli wyraziłeś zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą poszczególnych kanałów komunikacji elektronicznej (e-mail, sms, kontakt telefoniczny), zaprzestaniemy tych działań, jeżeli wycofasz wcześniej udzieloną w tym zakresie dobrowolną zgodę.



## Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W przypadku niektórych produktów ubezpieczeniowych, decyzje mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany, jak również w oparciu o profilowanie. Zawsze w takim przypadku przy formularzu zbierania danych poinformujemy o takich działaniach, a ich realizacja działań odbędzie się wyłącznie na podstawie Twojej dobrowolnej zgody.



## Informacja o profilowaniu w działaniach marketingowych:

Na podstawie posiadanych danych osobowych oraz informacji na temat zakupionych produktów, możemy dokonywać profilowania, czyli automatycznej oceny niektórych cech osobowych dotyczących naszych Klientów.

Celem profilowania jest lepsze dobranie materiałów informacyjnych oraz ofert dotyczących naszych produktów. Dzięki profilowaniu prawdopodobnie będziesz otrzymywał mniej informacji, ale lepiej dopasowanych do Twoich preferencji. W każdej chwili możesz wyrazić sprzeciw na profilowanie.



## Kto może być odbiorcą Twoich danych osobowych?

W zależności od realizowanych usług, Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do:

- upoważnionych do tego naszych pracowników,
- podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu. Mogą to być m.in.:
  - agencji ubezpieczeniowej,
  - podmioty współpracujące z nami w procesie likwidacji szkód/roszczeń i/lub oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
  - podmioty realizujące usługi assistance,
  - podmioty świadczące nam usługi doradcze,
  - dostawcy usług informatycznych,
- innych administratorów danych przetwarzających dane we własnym imieniu np.:
  - zakładów reasekuracji,
  - placówek medycznych,
  - podmiotów prowadzących działalność płatniczą,
  - podmiotów prowadzących działalność pocztową lub kurierską,
  - innym podmiotów niezbędnych do wykonania umowy ubezpieczenia.

Dodatkowo, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, ale będzie to miało miejsce wyłącznie w sytuacji, gdy przekazanie danych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.



## Jakie masz prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych?

- Prawo dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Dodatkowo, gdy podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. W szczególności przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu oraz profilowania.
- W zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane są na podstawie zgody – przysługuje Ci prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas Twoich danych osobowych w powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu w celu przesłania ich innemu administratorowi danych.
- Prawo do wycofania udzielonych zgód (nie wpływa to jednak na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, które miało miejsce przed ich wycofaniem).
- Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw, skontaktuj się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.



## Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.