

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W UMOWIE
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
MULTIOCHRONA**



SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

NUMER POLISY: _____

1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa Ubezpieczającego: _____

2. DANE POŚREDNIKA

Numer Pośrednika: _____ Nazwa Pośrednika: _____

Imię: _____ Nazwisko: _____

Numer RAU OFWCA: _____ tel.: _____

e-mail: _____

3. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia: DD MM RR RR RR RR Miejsce Urodzenia: _____

tel. kom.: _____ email: _____

Adres zamieszkania:

Kraj: _____ Kod pocztowy: _____ Poczta: _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lokalu: _____

Adres Korespondencyjny:
Jeśli inny niż zamieszkania

Kraj: _____ Kod pocztowy: _____ Poczta: _____

Miejscowość: _____

Ulica: _____ Nr domu: _____ Nr lokalu: _____

W przypadku konieczności zwrotu składki proszę o przekazanie należnych środków:

przelewem na następujący numer rachunku bankowego: _____

Imię: _____ Nazwisko: _____

inna forma wypłaty: _____

4. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: _____ Wnioskowany zakres ochrony ubezpieczeniowej: _____ Wysokość składki miesięcznej: _____

DD MM RR RR RR RR

_____ PLN

5. DANE UPOSAŻONYCH

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w %
1.	<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>		
2.	<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>		
3.	<u>D</u> <u>D</u> <u>M</u> <u>M</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u> <u>R</u>		

6. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONYWANEGO ZAWODU – (jeśli odpowiedź brzmi TAK nie możemy objąć Ciebie ochroną ubezpieczeniową)

Czy wykonujesz jeden z niżej wymienionych zawodów? TAK / NIE

Ochroniarz z bronią, funkcjonariusz organu powołanego do ochrony bezpieczeństwa publicznego, strażnik graniczny, policjant, żołnierz zawodowy, pirotechnik, strażak, ratownik, korespondent wojenny, sportowiec zawodowy, kaskader, akrobata, artysta cyrkowy, nurek, marynarz, rybak dalekomorski, górnik, hutnik, treser lub opiekun zwierząt, pilot (poza licencjonowanymi liniami lotniczymi), elektryk pracujący przy napięciu powyżej 60 kV

oraz czy pracujesz:

- na wysokości powyżej 10 metrów,
- pod ziemią lub w tunelu,
- w kontakcie z materiałami wybuchowymi i łatwopalnymi,
- na platformie wiertniczej lub w rafinerii,
- w tartaku lub jako pracownik leśny pracujący przy pozyskiwaniu drewna?

7. ZGŁOSZENIE PARTNERA (nie dotyczy małżonka)

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia: D D / M M / R R R R R R

8. 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 lub w momencie zgłoszenia roszczenia.

Okres ubezpieczenia:

data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: D D / M M / R R R R R R data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej: D D / M M / R R R R R R

nazwa poprzedniego

Towarzystwa Ubezpieczeń: _____

9. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Pytania	Tak	Nie
1. Czy obecnie przebywasz na zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy zwolnień lekarskich z powodu: złamania kończyn dolnych lub górnych, skręcenia lub zwichnięcia stawów kończyn dolnych lub górnych, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie np.: opieka nad dzieckiem, małżonkiem), pod opieką hospicjum, obserwacją lekarską lub w związku z zaleceniem lekarza masz zamiar poddać się jakiemukolwiek leczeniu, operacji bądź badaniom diagnostycznym z wyłączeniem badań pracowniczych wstępnych i okresowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy kiedykolwiek ubiegałeś/aś się bądź orzeczono u Ciebie rentę, niezdolność do pracy, niepełnosprawność lub przyznano świadczenie rehabilitacyjne (nie dotyczy renty rodzinnej lub socjalnej)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy w ciągu ostatnich 2 lat lub obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki zapisane przez lekarza stale, przez okres dłuższy niż trzydzieści dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat byłeś/aś leczony/a w szpitalu, sanatorium, placówce rehabilitacyjnej, byłeś/aś operowany/a, zalecono Ci leczenie szpitalne lub operację?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wystąpiły lub występują u Ciebie poniższe dolegliwości, chorobaś/aś lub chorujesz na: nowotwór złośliwy (rak, w tym rak przedinwazyjny) guz, polip, torbiel (w tym tarczycy, jajnika, piersi), białaczkę, czerniaka, choroby serca (zawał serca, choroba niedokrwienności serca, kardiomiopatia, wady zastawek serca), nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, miażdżycę, stwardnienie rozsiane, padaczkę, cukrzycę, choroby tarczycy, przewlekłe zapalenie trzustki, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie jelit, endometriozę, mięśniaki macicy, choroby zapalne stawów i kręgosłupa, niewydolność nerek, wielotorbielowość nerek, zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub typu C, astmę oskrzelową leczoną doustnymi lekami sterydowymi, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), sarkoidozę, uzależnienie od alkoholu, używanie narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr pytania	Szczegóły dotyczące udzielonej odpowiedzi na „TAK”

10. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tej deklaracji oraz w kwestionariuszu medycznym są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., w przypadku stwierdzenia ich nieprawdliwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- Zostały mi doręczone Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu przystąpienia do Umowy.
- Wyrażam zgodę na objęcie mojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia wskazaną w umowie oraz upoważniam Ubezpieczającego do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz wszelkich zmian w umowie ubezpieczenia, w tym zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki i sumy ubezpieczenia.
- Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową, w celu jej wykonania.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami o przekazanie informacji dotyczących w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, w celu przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. o kserokopie dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, które posiadają o 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.
- Umowa ubezpieczenia, o której zawarcie wnoszę na podstawie niniejszego wniosku, jest wynikiem analizy moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, przeprowadzonej na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, oraz że jest ona zgodna z tymi wymaganiami i potrzebami.
- Zostałem poinformowany o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.

Zgody marketingowe

- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą 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 i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:
wiadomości SMS/MMS TAK / NIE
wiadomości e-mail TAK / NIE
telefonicznie TAK / NIE

_____ D D / M M / R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie Pośrednika

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszej deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczonego.

_____ D D / M M / R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Pośrednika