

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W UMOWIE  
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE  
MULTIOCHRONA DLA GRUP OTWARTYCH**



SIGNAL IDUNA Życie Polska  
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

**1. UBEZPIEZAJĄCY**

**KAPITAŁ-KRZYWIEC, 15-003 Białystok, Henryka Sienkiewicza 81/3/109**

**2. 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

**3. WARUNKI UBEZPIECZENIA**

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Wnioskowany zakres ochrony ubezpieczeniowej:  Wysokość składki miesięcznej:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej	<input type="checkbox"/> Zakres 1	<input type="checkbox"/> Zakres 2	<input type="checkbox"/> Zakres 3	<input type="checkbox"/> Zakres 4
Śmierć Ubezpieczonego	15 000,00 PLN	15 000,00 PLN	16 000,00 PLN	18 000,00 PLN
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego)	30 000,00 PLN	30 000,00 PLN	32 000,00 PLN	36 000,00 PLN
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku)	45 000,00 PLN	45 000,00 PLN	48 000,00 PLN	54 000,00 PLN
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego)	20 000,00 PLN	-	20 000,00 PLN	24 000,00 PLN
Trwały Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (świadczenie za każdy 1 % trwałego uszczerbku)	350,00 PLN	400,00 PLN	400,00 PLN	450,00 PLN
Śmierć Małżonka Ubezpieczonego	5 000,00 PLN	-	8 000,00 PLN	9 000,00 PLN
Śmierć małżonka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci małżonka Ubezpieczonego)	10 000,00 PLN	-	16 000,00 PLN	18 000,00 PLN
Śmierć Dziecka Ubezpieczonego	2 500,00 PLN	-	2 700,00 PLN	3 000,00 PLN
Śmierć dziecka w wyniku nieszczęśliwego wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci dziecka Ubezpieczonego)	5 000,00 PLN	-	5 400,00 PLN	6 000,00 PLN
Śmierć rodzica	2 000,00 PLN	-	2 100,00 PLN	2 400,00 PLN
Śmierć teścia	2 000,00 PLN	-	2 100,00 PLN	2 400,00 PLN
Osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego	3 000,00 PLN	-	3 300,00 PLN	3 600,00 PLN
Urodzenie dziecka	1 000,00 PLN	-	1 100,00 PLN	1 200,00 PLN
Urodzenie martwego dziecka	2 000,00 PLN	-	2 200,00 PLN	2 400,00 PLN
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby oraz po 14 dniu pobytu niezależnie od przyczyny	50,00 PLN	50,00 PLN	55,00 PLN	60,00 PLN
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego - świadczenie za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku w ciągu pierwszych 14 dni	100,00 PLN	100,00 PLN	110,00 PLN	120,00 PLN
OIOM	100,00 PLN	100,00 PLN	110,00 PLN	120,00 PLN
Sanatorium	500,00 PLN	500,00 PLN	550,00 PLN	600,00 PLN
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	3 000,00 PLN	3 000,00 PLN	3 200,00 PLN	3 600,00 PLN
Wysokość miesięcznej składki	42 zł	32 zł	47 zł	52 zł

**4. DANE UPOSAŻONYCH**

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

## 5. ZGŁOSZENIE PARTNERA (nie dotyczy małżonka)

Imię i nazwisko partnera:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć:  kobieta  mężczyzna

## 6. WNIOSK O SKRÓCENIE KARENCJI - w przypadku rezygnacji z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie

(Rubryka wypełniana jest tylko w przypadku osób rezygnujących z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie zawartego za pośrednictwem aktualnego Ubezpieczającego. 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).

**Proszę o skrócenie okresów karencji o okres poprzedniego ubezpieczenia w związku z rezygnacją z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie. Zobowiązuję się dostarczyć dokumenty potwierdzające zakres ochrony, okres ubezpieczenia i wysokość świadczeń w ramach dotychczasowego ubezpieczenia wraz z deklaracją uczestnictwa.**

**Okres dotychczasowego ubezpieczenia:**

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej:

.....  
Podpis Ubezpieczonego

**Potwierdzam, iż dotychczasowa umowa grupowego ubezpieczenia na życie, z której Ubezpieczony rezygnuje została zawarta za moim pośrednictwem.**

.....  
Podpis Ubezpieczającego

## 7. INFORMACJE MEDYCZNE

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 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"/>	
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 type="checkbox"/>	
b) udar mózgu, porażenie, niedowład	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) przewlekłe zapalenie trzustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) nowotwory, guzy, białaczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) padaczka, choroba psychiczna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) AIDS, zakażenie wirusem HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 8. OŚWIADCZENIA

**Oświadczenie Ubezpieczonego:**

- Wyrażam zgodę na udostępnienie SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. przez placówki medyczne informacji medycznych (w tym także dokumentacji medycznej) w celu zawarcia lub wykonywania umowy ubezpieczenia.
- 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 w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celach archiwalnych oraz marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów ustalania 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 do w/w podmiotów.
- Wyrażam  Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów spółek należących do Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce.
- Oświadczam, iż podane informacje są kompletne, prawdziwe, zgodne z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oraz zostały przekazane dobrowolnie.

.....  
Miejscowość

Data

.....  
Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w związku z zawieraniem ubezpieczeniem stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionej osoby do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

.....  
Miejscowość

Data

.....  
Własnoręczny podpis Ubezpieczającego

### INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Informujemy, że administratorem danych osobowych zebranych za pośrednictwem niniejszej deklaracji, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również w związku z jej realizacją, 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 (Dz. U. z 2002r., nr 101, poz. 926 ze zm.) w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celach archiwalnych oraz marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów 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 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 ze zm.) 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.