FORMULARZ POMOCNICZY
GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „MULTIOCHRONA”

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

1. DANE KLIENTA

Imię: Nazwisko:

PESEL: Data urodzenia: D D M M R R R R Miejsce Urodzenia:

Nr dowodu tożsamości: tel. kom.:

e-mail:

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:

2. WARUNKI UBEZPIECZENIA

	ZAKRES UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ SKŁADKI MIESIĘCZNEJ
Ja moje życie			
Ja + moje zdrowie			
My nasze życie			
My + nasze zdrowie			

3. DANE UPOSAŻONYCH

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

4. 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?

5. ZGŁOSZENIE PARTNERA (nie dotyczy małżonka)

Imię: Nazwisko:

PESEL: Data urodzenia: D D M M R R R R

6. 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 Data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej: D D M M R R R R

Nazwa poprzedniego Towarzystwa Ubezpieczeń:

7. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Pytania	TAK	NIE
1. Czy obecnie:		
a. oczekujesz na leczenie szpitalne/ chirurgiczne, czy zostało Ci zalecone wykonanie lub oczekujesz na wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań profilaktycznych, pracowniczych wstępnych i okresowych)?	☐	☐
b. przebywasz: na zwolnieniu lekarskim (za wyjątkiem zwolnienia na osoby trzecie), jesteś pod opieką hospicjum lub innej placówki dla przewlekle chorych?		
c. przyjmujesz leki zapisane przez lekarza przez okres dłuższy niż 30 dni?		
d. posiadasz orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie o niezdolności do pracy, świadczenie rehabilitacyjne lub obecnie ubiegasz się o nie?		
2. Czy w ciągu ostatnich 5 lat:		
a. byłeś leczony/a w szpitalu, sanatorium, placówce rehabilitacyjnej lub operowany/a (z wyjątkiem porodu, cesarskiego cięcia, usunięcia wyrostka robaczkowego, leczenia złamań)?	☐	☐
b. wystąpiły u Ciebie: nowotwór, guz, polip, torbiel, choroby układu krążenia (choroby serca, choroby naczyń krwionośnych, zawał), otyłość (BMI powyżej 35) choroby neurologiczne (udar mózgu, stwardnienie rozsiane, padaczka), cukrzyca, choroby trzustki, choroby wątroby, przewlekłe choroby układu pokarmowego, endometrioza, mięśniaki macicy, choroby zapalne stawów i kręgosłupa, choroby nerek, przewlekłe choroby układu oddechowego, choroby zakaźne (zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub typu C, HIV), choroby psychiczne, nadużywanie alkoholu/choroba alkoholowa, używanie narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych?		

Nr pyt.	Szczegóły dotyczące udzielonej odpowiedzi na „TAK”

Jeśli chciałbyś/abyś podać dodatkowe informacje, które są istotne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego prosimy o ich wpisanie poniżej:

8. OŚWIADCZENIA I ZGODY KLIENTA

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
2. Doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu przystąpienia do Umowy.
3. 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.
4. Otrzymałem(am) Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
5. Wyrażam zgodę na występowanie 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 przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej, 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.
6. Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada 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 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.
7. 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.
8. Zostałem poinformowany o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.

Zgody marketingowe

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa, w celach marketingowych.
   TAK ☐ / **NIE** ☐
2. 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. Siedmiogrodzka 9, 01-204 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** ☐
   telefoniczny **TAK** ☐ / **NIE** ☐

9. UWAGI AGENTA