

Wniosek o zawarcie Ubezpieczenia Zdrowotnego – Pełnia Zdrowia Start+

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

miejsce na naklejkę

1. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Numer pośrednika Oddział/ Agencja
Imię i nazwisko agenta Nr RAU OFWCA
Telefon agenta e-mail

2. UBEZPIECZAJĄCY

zaznacz jeżeli jest jednocześnie Ubezpieczonym

Nazwa/Nazwisko Imiona
Data urodzenia Rodzaj wykonywanej działalności /Zawód wykonywany NIP/ PESEL
Typ formy prawnej osoba fizyczna osoba prawna* jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, fundacja lub stowarzyszenie
* jeżeli spółka akcyjna notowana na rynku regulowanym – podać gdzie
Obywatelstwo Telefon e-mail
Adres siedziby/ zamieszkania

ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy
Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby/ zamieszkania)

ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

3. GŁÓWNY UBEZPIECZONY (wypełnić w przypadku, gdy Główny Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)

Imię i nazwisko Płeć: kobieta mężczyzna
PESEL Data urodzenia Zawód wykonywany
Obywatelstwo Telefon e-mail

ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

4. UBEZPIECZONY 2 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego w rubryce zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko Płeć: kobieta mężczyzna
PESEL Data urodzenia Zawód wykonywany
Obywatelstwo Telefon e-mail

ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym

5. UBEZPIECZONY 3 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego w rubryce zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko Płeć: kobieta mężczyzna
PESEL Data urodzenia Zawód wykonywany
Obywatelstwo Telefon e-mail

ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym

6. UBEZPIECZONY 4 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego w rubryce zawodów prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko Płeć kobieta mężczyzna

PESEL Data urodzenia Zawód wykonywany

Obywatelstwo Telefon e-mail

ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym

7. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA DO ZAPŁATY – WARIANT INDYWIDUALNY (Proszę zaznaczyć wybrany cykl płatności znakiem X we właściwym polu)

Cykl płatności musi być ten sam dla wszystkich Ubezpieczonych. Składka dla poszczególnych Ubezpieczonych:

Cykl płatności	Wysokość składki w wybranym cyklu płatności za Ubezpieczonego	Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia	Łączna składka
miesięczny	<input type="checkbox"/> 99,00 zł		
kwartalny	<input type="checkbox"/> 294,03 zł		
półroczny	<input type="checkbox"/> 582,06 zł		
roczny	<input type="checkbox"/> 1 140,60 zł		

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

8. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA SKŁADKI DO ZAPŁATY – WARIANT RODZINNY (Proszę zaznaczyć wybrany cykl płatności znakiem X we właściwym polu)

Cykl płatności	Wysokość składki w wybranym cyklu płatności za całą rodzinę
miesięczny	<input type="checkbox"/> 346,50 zł
kwartalny	<input type="checkbox"/> 1 029,09 zł
półroczny	<input type="checkbox"/> 2 037,30 zł
roczny	<input type="checkbox"/> 3 991,44 zł

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

9. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować brakiem odpowiedzialności SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.
- Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Warunki Produktu, Katalog Świadczeń Gwarantowanych, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Umowa ubezpieczenia, o której zawarłem 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(am) poinformowany(a) o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.
- W ciągu ostatnich 5 lat mój wniosek o przystąpienie/ odnowienie ubezpieczenia nie został odrzucony przez żadne towarzystwo ubezpieczeniowe.*
- Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o objęciu mnie ochroną ubezpieczeniową placówkom medycznym współpracującym z SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.*
- Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA 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.*
- Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. oraz jej 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 Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym kserokopii dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.*

*oświadczenia i zgody dotyczą tylko Ubezpieczonych

10. ZGODY MARKETINGOWE

- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.

Ubezpieczający

TAK / NIE

Ubezpieczony 1

TAK / NIE

Ubezpieczony 2

TAK / NIE

Ubezpieczony 3

TAK / NIE

Ubezpieczony 4

TAK / NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej - od SIGNAL IDUNA Życie 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:

Ubezpieczający

TAK / NIE

Ubezpieczony 1

TAK / NIE

Ubezpieczony 2

TAK / NIE

Ubezpieczony 3

TAK / NIE

Ubezpieczony 4

TAK / NIE

wiadomości SMS/MMS

wiadomości e-mail

telefoniczny

11. PODPISY

Miejscowość Data Czytelny podpis pośrednika Czytelny podpis Ubezpieczającego

Czytelny podpis Głównego Ubezpieczonego Czytelny podpis Ubezpieczonego 2 Czytelny podpis Ubezpieczonego 3 Czytelny podpis Ubezpieczonego 4