

Wniosek o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego – Moja Pełnia Zdrowia

SIGNAL IDUNA 

SIGNAL 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 zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>	Zawód wykonywany	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ulica	nr domu nr lokalu	pocztą	miejsowość	kod pocztowy	
Stoień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym <input type="text"/>					

7. WNIOSKOWANY ZAKRES OCHRONY I SKŁADKI (proszę zaznaczyć wybrany zakres ochrony znakiem X we właściwym polu)

	Produkt				Składka (zgodnie z wybranym wariantem płatności, bez uwzględnienia rabatu*)
Ubezpieczony 1	<input type="checkbox"/> Srebrny	<input type="checkbox"/> Srebrny +	<input type="checkbox"/> Złoty	<input type="checkbox"/> Platynowy	
Ubezpieczony 2	<input type="checkbox"/> Srebrny	<input type="checkbox"/> Srebrny +	<input type="checkbox"/> Złoty	<input type="checkbox"/> Platynowy	
Ubezpieczony 3	<input type="checkbox"/> Srebrny	<input type="checkbox"/> Srebrny +	<input type="checkbox"/> Złoty	<input type="checkbox"/> Platynowy	
Ubezpieczony 4	<input type="checkbox"/> Srebrny	<input type="checkbox"/> Srebrny +	<input type="checkbox"/> Złoty	<input type="checkbox"/> Platynowy	
Składka miesięczna	71 PLN	99 PLN	166 PLN	220 PLN	
Suma					

*W przypadku płatności rocznych, półrocznych i kwartalnych przysługuje zniżka w wysokości odpowiednio 4%, 2% i 1%.

8. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA SKŁADKI DO ZAPŁATY (proszę zaznaczyć wybrany wariant płatności znakiem X we właściwym polu)

Miesięczny Kwartalny Półroczny Roczny

Składka do zapłaty:

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

W przypadku wyboru wariantu płatności innego niż miesięczny, składka może różnić się o +/- 1,00 PLN od składki wskazanej na polisie.

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, Katalog Świadczeń Gwarantowanych, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Umowa ubezpieczenia, o której zawarciu 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 udzieli 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 kserokopię 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. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa, w celach marketingowych.

Ubezpieczający	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4
TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>

- 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. Siedmiogrodzka 9, 01-204 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

	Ubezpieczający	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4
wiadomości SMS/MMS	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>
wiadomości e-mail	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>
telefoniczny	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>

11. PODPISY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Czytelny podpis pośrednika	Czytelny podpis Ubezpieczającego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Czytelny podpis Głównego Ubezpieczonego	Czytelny podpis Ubezpieczonego 2	Czytelny podpis Ubezpieczonego 3	Czytelny podpis Ubezpieczonego 4