

Wniosek o zawarcie umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie

SIGNAL IDUNASIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

Numer wniosku

Numer polisy

1. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Numer Pośrednika

Nazwa pośrednika

Imię i nazwisko Agent

Numer RAU OWCA

Telefon Agent

E-mail

Dane pracownika
SIGNAL IDUNA

2. NUMER KONTA DO WPŁATY PIERWSZEJ SKŁADKI

SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

93 1240 2092 9341 0011 0000 0000 W tytule proszę podać: imię/nazwisko Ubezpieczonego i Pesel, z dopiskiem: **wpłata pierwszej składki**

3. UBEZPIECZAJĄCY

- osoba fizyczna osoba prawna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej fundacja lub stowarzyszenie Spółka z o.o.
 osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą Wspólnicy Spółki Cywilnej Spółka Akcyjna Inna (jaka?)

*jeżeli notowania na rynku regulowanym – podać gdzie

 Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z danymi w KRS/ Ewidencji Działalności Gospodarczej

PESEL

NIP*

Nr Dowodu Osobistego/ Paszportu

Nazwisko
/Nazwa Firmy

Pierwsze imię

Drugie imię

Data urodzenia

D D M M R R R R

Obywatelstwo

Płeć

 kobieta mężczyznaZawód wykonywany/ rodzaj
wykonywanej działalności gospodarczej**Adres zamieszkania/Siedziba Firmy**

Kraj

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Telefon

stacjonarny

nr telefonu komórkowego

e-mail**

Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania/ Siedziby Firmy)

Kraj

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Wyrażam zgodę na przekazanie polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną na podany adres e-mail TAK NIE**Wypełnić, gdy Ubezpieczający nie jest osobą fizyczną (pola imię i nazwisko oraz data urodzenia/ PESEL są polami obowiązkowymi)****Dane Reprezentanta 1:**

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia/PESEL

Dane Reprezentanta 2:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia/PESEL

W przypadku konieczności zwrotu składki ubezpieczeniowej proszę o przekazanie należnych środków na następujący numer rachunku bankowego:

*dotyczy działalności gospodarczej

**pole nieobowiązkowe

D D M M R R R R

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

4. UBEZPIECZONY (proszę wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)

PESEL

Nr dowodu osob./paszportu

Nazwisko

Pierwsze imię

Drugie imię

Data urodzenia Obywatelstwo

Płeć kobieta mężczyzna Zawód wykonywany /rodzaj wykonywanej działalności gospodarczej

Adres zamieszkania

Kraj Kod pocztowy - Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Telefon

stacjonarny

nr telefonu komórkowego

e-mail*

Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kraj Kod pocztowy - Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Telefon

stacjonarny

nr telefonu komórkowego

e-mail*

*pole nieobowiązkowe

5. UPOSAŻENI

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z ubezpieczającym	Udział w świadczeniu %
1.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
4.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

6. UBEZPIECZENIE PODSTAWOWE – TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Suma Ubezpieczenia PLN Częstotliwość opłacania składki: miesięcznie kwartalnie półrocznie rocznie jednorazowo

Indeksacja: TAK NIE Okres ubezpieczenia dla umowy podstawowej lat

Składka PLN Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

7. UBEZPIECZENIA DODATKOWE – OKRES UBEZPIECZENIA RÓWNY OKRESOWI UBEZPIECZENIA DLA UBEZPIECZENIA PODSTAWOWEGO

1. Na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku: Suma Ubezpieczenia PLN Składka PLN

2. Na wypadek śmierci w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym i powietrznym: Suma Ubezpieczenia PLN Składka PLN

SKŁADKA ŁĄCZNA (suma składek z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych) PLN

Czy składka łączna (roczna) przekracza równowartość 1.000 EUR? TAK (proszę wypełnić pkt. 9 wniosku) NIE

8. DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

Wykształcenie podstawowe zawodowe średnie wyższe

Zawód wyuczony

Rodzaj zatrudnienia działalność gospodarcza umowa o pracę umowa zlecenie/ umowa o dzieło

inne, jakie?

Dochód miesięczny brutto PLN lub Źródło finansowania składki

1. Proszę określić rodzaj/ charakter wykonywanej przez Pana(a) pracy zawodowej

narażenie na bodźce termiczne praca pod ziemią narażenie na duże zapylenie bezrobotny

praca na wysokości praca umysłowa praca fizyczna inne

2. Czy uprawia Pan(i) jakikolwiek sport/ hobby? TAK NIE

Jeśli TAK, to jaki? Wyszynowo, czy amatorsko? Proszę podać szczegóły dotyczące rodzaju, częstotliwości oraz posiadanych patentów i licencji.

3. Czy aktualnie posiada Pan(i) umowę ubezpieczenia na Życie? TAK NIE

Towarzystwo Ubezpieczeń

Łączna suma ubezpieczenia

PLN

4. Czy kiedykolwiek Pana(i) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odrzucony, odroczone lub klasa ryzyka została podwyższona ze względu na stan zdrowia? TAK NIE

Jeśli TAK, to w jakim Towarzystwie Ubezpieczeń i jaki był powód?

5. Czy zatrudnia Pan(i) pracowników? TAK NIE

Jeśli TAK, to ilu?:

6. Czy w swojej pracy wykonuje Pan(i) inne czynności niż kierowanie i koordynowanie firmą? TAK NIE

Jeśli TAK, to jakie? (dokładny opis):

7. Czy aktualnie posiada Pan(i) prawo jazdy? TAK NIE

Miesięcznie przejeżdżam

km

Samochodem:

osobowym

ciężarowym

dostawczym

Jeśli ciężarowym, to jakie towary Pan(i) przewozi?

8. Czy do celów służbowych używa Pan(i) samochodu? TAK NIE

Jeśli TAK, to:

a) Jaki to samochód? osobowy ciężarowy dostawczy

Jeśli ciężarowy, to jakie materiały Pan(i) przewozi?:

b) Ile kilometrów przejeżdża Pan(i) miesięcznie? km

9. Wypełnić obowiązkowo w przypadku, gdy łączna składka roczna (uroczniona) przekracza równowartość 1 000 EUR (podstawę stanowi ustawa z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu)

BENEFICJENT RZECZYWISTY (pola imię i nazwisko wraz z adresem zamieszkania są polami obowiązkowymi)

Imię:

Nazwisko:

Adres zamieszkania:

kraj

województwo

miejscowość

ulica

nr domu

nr lokalu

kod pocztowy

Ubezpieczający zobowiązuje się do poinformowania beneficjenta rzeczywistego o przekazaniu SIGNAL IDUNA ŻYCIE POLSKA TU S.A jego danych osobowych oraz do przekazania beneficjentowi rzeczywistemu w imieniu SIGNAL IDUNA ŻYCIE POLSKA TU S.A informacji, o których mowa art.25 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

Beneficjent rzeczywisty – zgodnie z ustawą z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu to:

- osoba fizyczna lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność
- osoba fizyczna lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25 % w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego – w przypadku osób prawnych,
- osoba fizyczna lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25 % majątku – w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.)

10. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

a) Oświadczam, że:

1. jestem nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne zamieszkałą poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej*

*(za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – zgodnie z ustawą z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu - rozumie się osoby fizyczne: a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych – którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach, b) małżonków osób, o których mowa w lit. a, lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a, małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, c) które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a, w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.)

b) Wyrażam zgodę:

1. Na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku o zawarcie „UMOWY TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE” do innych spółek koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, zarówno obecnie jak i w przyszłości, w celach marketingowych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

TAK NIE

2. Na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt. 1 – innym spółkom koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe na podany przeze mnie numer telefonu/adres e-mail informacji handlowych przekazywanych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, drogą:

– elektroniczną, w tym z wykorzystaniem automatycznych systemów wywołujących, poprzez

wiadomości SMS/MMS wiadomości e-mail

– telefoniczną poprzez

kontakt konsultanta

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczającego

11. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku oraz w ankiecie medycznej są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia w pierwszych trzech latach od zawarcia umowy.
2. Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń 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 powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), 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.
3. 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 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 Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
4. Wyrażam zgodę na wykonywanie badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV.
5. Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia.
6. Oświadczam, że doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy i zapoznałem(am) się z ich treścią. Zapoznałem(am) się również z treścią i zakresem pełnomocnictwa wystawionego przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. pośrednikowi ubezpieczeniowemu, który przyjął wniosek. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia do placówek medycznych SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
7. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych wskazanych we wniosku o zawarcie „UMOWY TERMINOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE” (z wyłączeniem danych dotyczących stanu zdrowia) do innych spółek koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, zarówno obecnie jak i w przyszłości, w celach marketingowych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

TAK NIE

8. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt. 7 - innym spółkom koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe na podany przeze mnie numer telefonu/adres e-mail informacji handlowych przekazywanych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, drogą:
– elektroniczną, w tym z wykorzystaniem automatycznych systemów wywołujących, poprzez

wiadomości SMS/MMS, wiadomości e-mail,

– telefoniczną poprzez

kontakt konsultanta

9. Potwierdzam otrzymanie ochrony tymczasowej.

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczonego

12. PODPIS POŚREDNIKA

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego w mojej obecności.

Miejscowość

Data

Podpis pośrednika

Ubezpieczyciel oświadcza, że:

Administratorem danych osobowych zbieranych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia 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 w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celu informowania o produktach SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. i w celach archiwalnych oraz po wyrażeniu stosownej zgody w celach marketingowych pozostałych 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 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej 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 ubezpieczenia.

13. DANE MEDYCZNE UBEZPIECZONEGO – Kwestionariusz Medyczny

Szanowni Państwo,

Wiedza o Państwa stanie zdrowia, pozwoli SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. na szczegółową indywidualną ocenę ryzyka związanego z zawieraną umową ubezpieczenia. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” prosimy o szczegółową odpowiedź na zadane pytanie w tabeli poniżej. Uzyskane informacje są poufne, służą jedynie SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. (Jeśli nie ma wystarczającej ilości miejsca na udzielenie pełnej odpowiedzi, prosimy o dołączenie oddzielnej, podpisanej przez Ubezpieczonego kartki ze szczegółowymi wyjaśnieniami.)

Pytania do osoby wnioskującej o ubezpieczenie:

1. Pytania ogólne: (proszę każdorazowo udzielić odpowiedzi)

Czy wykonuje Pan(i) pracę o podwyższonym ryzyku (np.: ryzyko związane z lataniem, pracą z materiałami wybuchowymi, środkami radioaktywnymi, trującymi, zakaźnymi, pobytam na terenie objętym działaniami wojennymi) lub też uprawia Pan(i) zajęcia sportowe lub rekreacyjne o ryzykownym charakterze (np.: lotnictwo, sporty powietrzne, latanie na lotni lub paralotniarstwo, spadochroniarstwo, sporty samochodowe, motorowe, wyścigi, alpinistyka, nurkowanie, sporty walki, inne sporty ekstremalne)? Tak Nie

Jeśli tak, to jakie?

Wzrost (cm):

Waga (kg):

Dane lekarza prowadzącego/pierwszego kontaktu w kwestii stanu Pańskiego zdrowia (nazwisko, adres):

2. Pytania dotyczące stanu zdrowia

2.1. Czy w ciągu ostatnich 10 lat cierpiał(a) Pan(i) na choroby, dolegliwości lub zaburzenia funkcjonowania:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeśli odpowiedź brzmi TAK, prosimy o odpowiedź na poniższe pytania w tabeli umieszczonej na str. 6 wniosku. • Kiedy? • Opis schorzenia? • Następstwo?
• serca i/lub układu krążenia (np.: nadciśnienie, zaburzenia przepływu krwi/ schorzenia związane z ukrwieniem, wada serca, zaburzenia rytmu serca, udar, leczone zawroty głowy, zator, zakrzep, dolegliwości żył, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• układu oddechowego (np.: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, katar sienny lub inne alergie, bezdech senny, zapalenie opłucnej, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• żołądka, dwunastnicy, trzustki, wątroby, pęcherzyka żółciowego, jelita (np. nawracające stany biegunkowe, niestrawność, choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, jelit, choroba Crohna, Colitis ulcerosa, zaburzenia czynności wątroby, marskość, żółtaczką, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• mózgu i/lub układu nerwowego (np.: niedowład, drgawki, padaczka, stwardnienie rozsiane, paraliż, przewlekłe bóle i/lub zawroty głowy, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• przemiany materii (np.: cukrzyca, podwyższony poziom kwasu moczowego/artretyzm, podwyższony poziom cholesterolu, lipidów we krwi, schorzenia tarczycy, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• krwi oraz choroby nowotworowe (np.: niedokrwistość, hemofilia, niedobór żelaza, białaczka, nowotwory, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• ostre lub przewlekłe (np. infekcje, malaria, gruźlica, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• układu psychosomatycznego i/lub psychicznego (np.: stany lękowe, zaburzenia odżywiania, zespół jelita drażliwego, nerwica, depresja, nadpobudliwość- ADS/ADHS, psychoza, schizofrenia, próba samobójcza, inne)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• nerek, pęcherza, narządów płciowych/rozrodczych (np.: kamica nerkowa, zapalenie/niewydolność nerek, zapalenie pęcherza, krew lub białko w moczu, mięśniaki/polipy macicy, torbiele, inne), piersi? W przypadku narządów płciowych/rozrodczych proszę podać typ zmiany: łagodne czy złośliwe?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• skóry (np.: egzema, alergia, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, zmiany barwnikowe, poparzenie od II stopnia, inne)? W przypadku usunięcia znamienia lub zmiany barwnikowej proszę podać typ zmiany: łagodne czy złośliwe?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• choroby kręgosłupa, dyskopatia, choroby mięśni lub stawów?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
• inne niewymienione powyżej choroby ?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
2.2. Czy zażywał lub zażywał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 10 lat środki odurzające/narkotyki lub był(a) Pan(i) w tym okresie leczony(a) z powodu skutków zażywania alkoholu, środków odurzających lub narkotyków?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	Jeśli odpowiedź brzmi TAK, prosimy o odpowiedź na poniższe pytania w tabeli umieszczonej na str.6 wniosku. • Nazwa przyjmowanych środków? • Kiedy? • Jak długo? • Dane specjalisty?
2.3. Czy został(a) Pan(i) poddany(a) zabiegowi/zabiegom szpitalnym w ciągu ostatnich 10 lat i/lub ambulatoryjnym w ciągu ostatnich 5 lat (w tym zabiegom laserowym) oraz czy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu, sanatorium i/lub placówce rehabilitacyjnej??	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	• Z jakiego powodu? • Kiedy? • Skutki leczenia?
2.4. Czy jest lub czy był(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 5 lat leczony(a) i/lub jest/był(a) Pan(i) poddany(a) diagnostyce i/lub poradom lekarzy, psychologów, psychoterapeutów lub osób zajmujących się praktyką lekarską (np.: rehabilitantów, fizjoterapeutów)?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	• Kiedy? • Z jakiego powodu? • Dane specjalisty?
2.5. Czy przyjmował(a)/przyjmuje Pan(i) leki zapisane przez lekarza w ciągu ostatniego roku? Czy przyjmował(a)/przyjmuje Pan(i) leki niewymagające recepty przez okres dłuższy niż 7 dni w ciągu ostatniego roku?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	• Nazwa leku? • Powód zażywania? • Kiedy? • Z jaką częstotliwością?
2.6. Czy pali Pan(i) więcej niż 20 papierosów dziennie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	• Ilość wypalonych dziennie papierosów?
2.7. Czy stwierdzono u Pana(i) zakażenie wirusem HIV? (pozytywny wynik testu na AIDS)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	• Kiedy?
2.8. Czy w wynikach badań profilaktycznych w ostatnich 5 latach stwierdzono zmiany chorobowe wymagające kontroli lub leczenia?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	• Kiedy? • Jaka diagnoza?
2.9 Czy ktoś z grona Pana(i) biologicznych rodziców, braci lub sióstr chorował lub choruje przed ukończeniem 60 roku życia na: choroby serca i/lub układu krążenia, choroby nerek (np. torbielowość nerek i inne), złamanie nerwowe, paraliż lub jakiegokolwiek rodzaj choroby dziedzicznej lub wrodzonej?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	• Stopień pokrewieństwa? • Wiek? • Powód?

Jeśli chciał/a/by Pan(i) podać inne informacje związane z kwestionariuszem, może Pan(i) uczynić to tutaj:

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK”, proszę wypełnić poniższą tabelę dodatkowych informacji

Nr py-tania	Rozpoznanie/ diagnoza, rodzaj dolegliwości, nazwa leków i dzienne dawkowanie, procentowy uszczerbek w przypadku niezdolności do pracy/ inwalidztwa, okres niezdolności do pracy w przebiegu ostatnich 5 lat	Dane dotyczące chorób, prowadzonego leczenia oraz przeprowadzonych badań		Dane dotyczące chorób, prowadzonego leczenia oraz przeprowadzonych badań		Następstwa tak/ nie	Nazwisko, adres lekarza/y, szpitala, sanatorium, kliniki jednego dnia, placówki ambulatoryjnej
		Prowadzone w warunkach ambulatoryjnych od kiedy – do kiedy	Prowadzone w warunkach szpitalnych od kiedy – do kiedy	Przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych tak/ nie	Przeprowadzone w warunkach szpitalnych tak/ nie		

Ubezpieczyciel udziela osobie wskazanej we wniosku o zawarcie umowy terminowego ubezpieczenia na życie jako Ubezpieczony tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku od dnia następnego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki. Za nieszczęśliwy wypadek przyjmuje się nagłe, gwałtowne i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną niezależną od woli Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia zaproponowanej we wniosku o zawarcie umowy, nie więcej jednak niż w kwocie stu tysięcy złotych. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie osobom wskazanym we wniosku o zawarcie umowy jako Uposażeni, stosownie do przypadających im części, pod warunkiem, iż śmierć oraz nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci osoby wskazanej jako Ubezpieczony miały miejsce w trakcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli śmierć osoby wskazanej we wniosku o zawarcie umowy terminowego ubezpieczenia na życie jako Ubezpieczony nastąpiła w wyniku:

- popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
- działań wojennych lub stanu wojennego, czynnego udziału w aktach przemocy lub terroru, rozruchach bądź zamieszkach,
- pozostawiania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych lub środków farmakologicznych, za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza oraz w sposób przez niego określony,
- prowadzenia pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez wymaganych uprawnień, bądź pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
- udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, powietrznych lub wodnych jako kierowca bądź pomocnik kierowcy lub pasażer, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd testowych oraz próbnych,
- wypadku lotniczego, o ile ubezpieczony nie pozostawał pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
- uprawiania spadochroniarstwa, base jumping, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, sportów motocyklowych, motorowych lub motorowodnych, uprawiania wspinaczki górskiej lub skałkowej, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem, speleologii, skoków na gumowej linie, heliskiingu, raftingu oraz wszystkie jego odmian, surfing, windsurfingu lub kitesurfingu.

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zawarcia umowy terminowego ubezpieczenia na życie bądź otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa ponadto z dniem doręczenia podmiotowi wskazanemu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczający decyzji o odmowie akceptacji przez Ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego, wraz z upływem terminu wskazanego w wezwaniu dostarczenia dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz z dniem śmierci osoby wskazanej we wniosku jako Ubezpieczony.

W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca wpłaconą składkę niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż siedem dni od wygaśnięcia ochrony.

Prezes Zarządu



Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu



Agnieszka Kiełbasińska

