

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W UMOWIE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE MULTIOCHRONA



SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

NUMER POLISY: _____

1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa Ubezpieczającego: _____

2. DANE POŚREDNIKA

Numer Pośrednika: _____ Nazwa Pośrednika: _____

Imię: _____ Nazwisko: _____

Numer RAU OFWCA: _____ tel.: _____

e-mail: _____

3. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię: _____ Nazwisko: _____

PESEL: _____ Data urodzenia: DD MM RR RR RR RR Miejsce Urodzenia: _____

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: _____

4. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: _____ Wnioskowany zakres ochrony ubezpieczeniowej: _____ Wysokość składki miesięcznej: _____

DD MM RR RR RR RR

_____ PLN

5. DANE UPOSAŻONYCH

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

6. 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?

7. ZGŁOSZENIE PARTNERA (nie dotyczy małżonka)

Imię: _____ Nazwisko: _____

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

8. 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 R R data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej: D D M M R R R R R R

nazwa poprzedniego

Towarzystwa Ubezpieczeń: _____

9. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Pytania	Tak	Nie
1. Czy obecnie przebywasz na zwolnieniu lekarskim (nie dotyczy zwolnień lekarskich z powodu: złamania kończyn dolnych lub górnych, skręcenia lub zwichnięcia stawów kończyn dolnych lub górnych, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie np.: opieka nad dzieckiem, małżonkiem), pod opieką hospicjum, obserwacją lekarską lub w związku z zaleceniem lekarza masz zamiar poddać się jakiemukolwiek leczeniu, operacji bądź badaniom diagnostycznym z wyłączeniem badań pracowniczych wstępnych i okresowych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Czy kiedykolwiek ubiegałeś/aś się bądź orzeczono u Ciebie rentę, niezdolność do pracy, niepełnosprawność lub przyznano świadczenie rehabilitacyjne (nie dotyczy renty rodzinnej lub socjalnej)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czy w ciągu ostatnich 2 lat lub obecnie przyjmujesz jakiegokolwiek leki zapisane przez lekarza stale, przez okres dłuższy niż trzydzieści dni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat byłeś/aś leczony/a w szpitalu, sanatorium, placówce rehabilitacyjnej, byłeś/aś operowany/a, zalecono Ci leczenie szpitalne lub operację?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wystąpiły lub występują u Ciebie poniższe dolegliwości, chorobaś/aś lub chorujesz na: nowotwór złośliwy (rak, w tym rak przedinwazyjny) guz, polip, torbiel (w tym tarczycy, jajnika, piersi), białaczkę, czerniaka, choroby serca (zawał serca, choroba niedokrwienności serca, kardiomiopatia, wady zastawek serca), nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, miażdżycę, stwardnienie rozsiane, padaczkę, cukrzycę, choroby tarczycy, przewlekłe zapalenie trzustki, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie jelit, endometriozę, mięśniaki macicy, choroby zapalne stawów i kręgosłupa, niewydolność nerek, wielotorbielowatość nerek, zakażenie wirusem HIV, zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub typu C, astmę oskrzelową leczoną doustnymi lekami sterydowymi, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc), sarkoidozę, uzależnienie od alkoholu, używanie narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nr pytania	Szczegóły dotyczące udzielonej odpowiedzi na „TAK”

10. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tej deklaracji oraz w kwestionariuszu medycznym 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.
- Zostały mi doręczone Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu przystąpienia do Umowy.
- 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.
- Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową, w celu jej wykonania.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. do podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami o przekazanie informacji dotyczących w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, w celu przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych przeze mnie danych oraz w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. o kserokopie dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, które posiadają o 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.
- 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.
- Zostałem poinformowany o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.

Zgody marketingowe

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

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie Pośrednika

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszej deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczonego.

_____ D D M M R R R R R R _____
Miejscowość Data Czytelny podpis Pośrednika

**Informacje dodatkowe do Deklaracji Uczestnictwa Grupowego Ubezpieczenia na Życie
Multiochrona – Signal Iduna**

1.	Wzrost (cm)					
2.	Waga (kg)					
3.	Seria nr DO					
4.	Czy zalecono wykonanie lub oczekujesz na wynik testu na obecność koronawirusa, kiedykolwiek wynik testu na obecność koronawirusa był pozytywny, miałeś/aś bliski kontakt z osobą podlegającą kwarantannie lub osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem (SARS-CoV-2/COVID-19)?	<table><tr><td>Tak</td><td>Nie</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tak	Nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak	Nie					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					



Kto jest administratorem Twoich danych osobowych?

Administratorem Twoich danych osobowych jest SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Przyokopowej 31 w Warszawie (01-208).

Kontakt: e-mail: info@signal-iduna.pl, formularz kontaktowy pod adresem www.signal-iduna.pl, tel. +48 22 505 65 06 lub pisemnie na adres naszej siedziby.

W sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych możesz skontaktować się bezpośrednio z naszym inspektorem ochrony danych: e-mail: iod@signal-iduna.pl lub pisemnie na powyższy adres.



Czyje dane osobowe przetwarzamy?

Przetwarzamy dane osobowe:

- ubezpieczającego,
- ubezpieczonego,
- osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej,
- innych uprawnionych osób z umowy ubezpieczenia, których posiadane przez nas dane nie zawsze pozwalają na przekazanie informacji na temat przetwarzania danych,
- osób kontaktujących się z nami, których dane osobowe będą przetwarzane w celu, którego kontakt dotyczy.



W jakim celu i na jakiej podstawie przetwarzamy Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe przetwarzamy w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i likwidacji ewentualnej szkody/roszczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora,
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora,
- reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora,
- wypełniania przez nas innych zobowiązań ustawowych – podstawą prawną przetwarzania danych jest odpowiedni przepis prawa określający nasze zobowiązanie,
- marketingu naszych produktów i usług, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora.



Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane osobowe?

Twoje dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Przestaniemy przetwarzać Twoje dane do celów marketingu, w tym profilowania i celów analitycznych, jeżeli zgłosisz nam sprzeciw wobec przetwarzania Twoich danych w tych celach.

Dodatkowo, jeżeli wyraziłeś zgodę na przesyłanie informacji handlowych za pomocą poszczególnych kanałów komunikacji elektronicznej (e-mail, sms, kontakt telefoniczny), zaprzestaniemy tych działań, jeżeli wycofasz wcześniej udzieloną w tym zakresie dobrowolną zgodę.



Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W przypadku niektórych produktów ubezpieczeniowych, decyzje mogą być podejmowane w sposób zautomatyzowany, jak również w oparciu o profilowanie. Zawsze w takim przypadku przy formularzu zbierania danych poinformujemy o takich działaniach, a ich realizacja działań odbędzie się wyłącznie na podstawie Twojej dobrowolnej zgody.



Informacja o profilowaniu w działaniach marketingowych:

Na podstawie posiadanych danych osobowych oraz informacji na temat zakupionych produktów, możemy dokonywać profilowania, czyli automatycznej oceny niektórych cech osobowych dotyczących naszych klientów.

Celem profilowania jest lepsze dobranie materiałów informacyjnych oraz ofert dotyczących naszych produktów. Dzięki profilowaniu prawdopodobnie będziesz otrzymywał mniej informacji, ale lepiej dopasowanych do Twoich preferencji. W każdej chwili możesz wyrazić sprzeciw na profilowanie.



Kto może być odbiorcą Twoich danych osobowych?

W zależności od realizowanych usług, Twoje dane osobowe mogą zostać przekazane do:

- upoważnionych do tego naszych pracowników,
- podmiotów przetwarzających dane w naszym imieniu. Mogą to być m.in.:
 - agencji ubezpieczeniowej,
 - podmioty współpracujące z nami w procesie likwidacji szkód/roszczeń i/lub oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - podmioty realizujące usługi assistance,
 - podmioty świadczące nam usługi doradcze,
 - dostawcy usług informatycznych,
- innych administratorów danych przetwarzających dane we własnym imieniu np.:
 - zakładów reasekuracji,
 - placówek medycznych,
 - podmiotów prowadzących działalność płatniczą,
 - podmiotów prowadzących działalność pocztową lub kurierską,
 - innym podmiotów niezbędnych do wykonania umowy ubezpieczenia.

Dodatkowo, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, ale będzie to miało miejsce wyłącznie w sytuacji, gdy przekazanie danych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia.



Jakie masz prawa w zakresie przetwarzania Twoich danych osobowych?

- Prawo dostępu do danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Dodatkowo, gdy podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania. W szczególności przysługuje Ci prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu oraz profilowania.
- W zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane są na podstawie zgody – przysługuje Ci prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od nas Twoich danych osobowych w powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu w celu przesłania ich innemu administratorowi danych.
- Prawo do wycofania udzielonych zgód (nie wpływa to jednak na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, które miało miejsce przed ich wycofaniem).
- Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw, skontaktuj się z nami lub naszym inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są powyżej.



Czy podanie danych osobowych jest obowiązkowe?

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.

OŚWIADCZENIE KLIENTA

Wyrażam zgodę na wypełnienie wraz z Pośrednikiem ubezpieczeniowym e-wniosku SIGNAL IDUNA¹⁾ oraz składam stosowne oświadczenia, upoważnienia i zgody.

Wyrażam zgodę na przesłanie mi drogą elektroniczną, na podany adres e-mail, wszystkich niezbędnych dla procesu sprzedaży informacji oraz dokumentów dotyczących składanego wniosku o ubezpieczenie, w tym oferty podsumowującej ustalenia ze spotkania z agentem.

Zostały mi przekazane informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

DOTYCZY UBEZPIECZONEGO (o ile zostanie złożony wniosek o objęcie ochroną ubezpieczeniową)

Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz jego reasekuratorom, a w szczególności informacji o moim stanie zdrowia, w zakresie zgodnym z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, niezbędnym do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku.

Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.

Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>
data urodzenia	<input type="text" value="D D M M R R R R"/>
Nazwa firmy	<input type="text"/>
NIP	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Klienta / Przedstawiciela ustawowego

POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszym dokumencie oraz wprowadzone przeze mnie dane do e-wniosku SIGNAL IDUNA zostały złożone na podstawie informacji przekazanych mi przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego/ Przedstawiciela ustawowego w mojej obecności.

Niniejszym poniżej potwierdzam.

Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
Numer RAU	<input type="text"/>

Czytelny podpis

¹⁾ SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A./ SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.