

Wniosek o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego

SIGNAL IDUNA SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

Numer polisy

Numer aplikacji

1. DANE POŚREDNIKA

Numer pośrednika

Nazwa pośrednika

Imię i nazwisko agenta

Numer RAU OFWCA

Telefon agenta

e-mail

2. UBEZPIECZAJĄCY

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

*jeżeli notowana na rynku regulowanym, należy podać gdzie

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

PESEL

 Nr dowodu osob./ paszportu

NIP*

Zawód wykonywany/ rodzaj
wykonywanej działalności gospodarczejPłeć kobieta mężczyznaNazwisko/
Pełna nazwa firmy

Pierwsze imię

Drugie imię

Data urodzenia

D D M M R R R R

Kraj
urodzenia

Obywatelstwo

Adres zamieszkania/ siedziby firmy

Kraj

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Telefon

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

REPREZENTANT (należy uzupełnić jeśli Ubezpieczający nie jest osobą fizyczną)

Dane Reprezentanta 1:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia

D D M M R R R R

PESEL

Kraj
urodzenia

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

dowód osobisty

paszport

karta pobytu

kod kraju (w przypadku podania paszportu)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Dane Reprezentanta 2:

Imię i Nazwisko:

Data urodzenia

D D M M R R R R

PESEL

Kraj
urodzenia

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

dowód osobisty

paszport

karta pobytu

kod kraju (w przypadku podania paszportu)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Dane do zwrotu składki

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

D D M M R R R R

Data

Dane Właściciela rachunku

Imię i Nazwisko

Adres
zamieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

*dotyczy osoby prawnej lub jednostki organizacyjnej, w przypadku braku numeru NIP proszę podać państwo rejestracji, nazwę właściwego rejestru oraz numer i datę rejestracji

3. UBEZPIECZONY 1 (proszę wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)

PESEL Nr dowodu osob./ paszportu

Nazwisko

Pierwsze imię Drugie imię

Data urodzenia Kraj urodzenia Obywatelstwo

Płeć kobieta mężczyzna Zawód wykonywany/rodzaj wykonywanej działalności gospodarczej

Adres zamieszkania:

Kraj Kod pocztowy - Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Telefon 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 e-mail

UPOSAŻENI

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym	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. UBEZPIECZONY 2 (w przypadku dzieci Ubezpieczonego 1 w rubryce zawód prosimy podać: uczeń/ student/ inne)

PESEL Nr dowodu osob./ paszportu

Nazwisko

Pierwsze imię Drugie imię

Data urodzenia Kraj urodzenia Obywatelstwo

Płeć kobieta mężczyzna Zawód wykonywany/rodzaj wykonywanej działalności gospodarczej

Adres zamieszkania:

Kraj Kod pocztowy - Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Telefon 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 e-mail

UPOSAŻENI

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym	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"/>		

5. WNIOSKOWANY ZAKRES OCHRONY I SKŁADKI

	Pakiet	Składka (zgodnie z wybranym wariantem płatności)
Ubezpieczony 1		
Ubezpieczony 2		
	Suma	

6. 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

Składka może różnić się o +/- 1,00 zł od składki wskazanej na polisie, natomiast w przypadku konieczności indywidualnej oceny ryzyka jest określana przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

7. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

Wiedza o Państwa stanie zdrowia, pozwoli SIGNAL IDUNA na szczegółową indywidualną ocenę ryzyka związanego z zawieraną umową ubezpieczenia. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” prosimy o szczegółową odpowiedź na zadane pytanie. Uzyskane informacje są poufne, służą jedynie SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. do indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. (Jeżeli miejsce przewidziane do odpowiedzi na pytanie okaże się niewystarczające, prosimy o zapisanie odpowiedzi na osobnej kartce, oznaczeniu numerem pytania oraz odpowiednim odnośnikiem na formularzu).

Jeżeli nie życzycie sobie Państwo wypełniania ankiety zawierającej informacje o stanie zdrowia w ramach jednego formularza dla wszystkich ubezpieczonych, istnieje możliwość otrzymania oddzielnej ankiety medycznej, którą po wypełnieniu można przekazać bezpośrednio przedstawicielowi Towarzystwa Ubezpieczeniowego.

	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2
1. Wzrost w cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
2. Waga w kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
3. Czy ma Pan(i) wadę wzroku?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Czy jest Pani obecnie w ciąży?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Czy wynik testu na obecność HIV był kiedykolwiek dodatni?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat występowały u Pana/Pani jakiegokolwiek choroby, urazy bądź dolegliwości?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7. Czy w ciągu ostatnich 5 lat zostały przeprowadzone lub zalecone zabiegi, badania bądź operacje ambulatoryjne?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8. Czy przez ostatnie 5 lat przebywał(a) Pan(i) w szpitalu lub sanatorium bądź czy zostały przeprowadzone lub zalecone operacje?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Szczegółowe informacje dotyczące pytań, na które została udzielona odpowiedź twierdząca:

Osoba	Wada wzroku (w dioptriach)	Szczegółowe dane o stanie zdrowia (pkt. 3-7): diagnoza, dolegliwości, wyniki badań, lekarstwa i dawkowanie	Data zachorowania i zabiegu (od-do) Leczenie szpitalne /ambulatoryjne	Operacje tak/nie	Powiktania tak/nie	Nazwa i adres świadczeniodawcy (lekarz, szpital itd.)

8. OŚWIADCZENIA UBEZPIEZAJĄCEGO

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku 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. Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Warunki Produktu, Katalog Świadczeń Gwarantowanych, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
4. Otrzymałem (am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
5. 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.
6. Zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.
7. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu

jestem / nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o Przeciwdziałaniu Praniu pieniędzy oraz Finansowaniu Terroryzmu znajduje się pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>

9. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO LUB PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO W IMIENIU UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku 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.
2. 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 i wysokości 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. Upoważniłem 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 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 Życie Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopii dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
4. Wyrażam zgodę na wykonywanie badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbek krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV w przypadku konieczności ich wykonania w celu przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową. Zgoda jest jednorazowa.
5. Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Warunki Produktu, Katalog Świadczeń Gwarantowanych, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
7. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o objęciu mnie ochroną ubezpieczeniową placówkom medycznym współpracującym z SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.
8. Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
9. 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.
10. Zostałem(am) poinformowany(a) o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.

10. 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.

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

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:

	Ubezpieczający	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2
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"/>
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"/>
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"/>

11. BENEFICJENT RZECZYWISTY (wypełnić obowiązkowo w przypadku, gdy Ubezpieczający nie jest osobą fizyczną)

Beneficjent Rzeczywisty 1:

Imię: Nazwisko:

Data urodzenia: Obywatelstwo:

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:

jest / nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Beneficjent Rzeczywisty 2:

Imię: Nazwisko:

Data urodzenia: Obywatelstwo:

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:

jest / nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Beneficjent Rzeczywisty 3:

Imię: Nazwisko:

Data urodzenia: Obywatelstwo:

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:

jest / nie jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o Przeciwdziałaniu Praniu pieniędzy oraz Finansowaniu Terroryzmu znajduje się pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>

12. PODPISY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Czytelny podpis Ubezpieczającego	Czytelny podpis Ubezpieczonego 1	Czytelny podpis Ubezpieczonego 2

13. PODPIS POŚREDNIKA

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Czytelny podpis Pośrednika