

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

1. UBEZPIEZAJĄCY
SECESJA Miejska Agencja Ubezpieczeniowa
2. UBEZPIECZONY

 Imię i nazwisko:

Dane osobowe składającego deklarację:

 PESEL:

 Data urodzenia:

 Miejsce urodzenia: Płeć: kobieta mężczyzna

 tel.: tel. kom.: e-mail:

 Adres do korespondencji:
Dane o zatrudnieniu:

 Wykonywany zawód:
Dodatkowe informacje:

 Czy ubezpieczeniem są objęci małżonek lub dzieci? tak nie

 Czy obecnie posiada Pani/Pan inne ubezpieczenie na życie w SIGNAL IDUNA? tak nie

3. WARUNKI UBEZPIECZENIA

 Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Począwszy od dnia 1 lutego 2013 roku w ramach dotychczasowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie wprowadza się dodatkowe zakresy 4, 5 i 6 ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość świadczeń ubezpieczeniowych w poszczególnych wariantach 4-6 ochrony ubezpieczeniowej określa poniższa tabela:

 Wybór zakresu ochrony (proszę zaznaczyć „x”): Zakres 4 Zakres 5 Zakres 6

 Wysokość składki miesięcznej: **45,50 zł** **59,50 zł** **39,50 zł**

| L.p. | Grupa pośrednika | Zakres 4 | Zakres 5 | Zakres 6 |
|------|--|-----------|------------|------------|
| 1. | Śmierć Ubezpieczonego | 20 000 zł | 36 000 zł | 35 000 zł |
| 2. | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego) | 40 000 zł | 72 000 zł | 70 000 zł |
| 3. | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku) | 60 000 zł | 108 000 zł | 100 000 zł |
| 4. | Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego) | 30 000 zł | 46 000 zł | 44 000 zł |
| 5. | Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za każdy 1% trwałego uszczerbku) | 350 zł | 400 zł | 400 zł |
| 6. | Śmierć Małżonka Ubezpieczonego | 10 000 zł | 14 000 zł | - |
| 7. | Śmierć małżonka w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Małżonka Ubezpieczonego) | 20 000 zł | 28 000 zł | - |
| 8. | Śmierć Dziecka Ubezpieczonego | 2 500 zł | 3 000 zł | - |
| 9. | Śmierć dziecka w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu śmierci Dziecka Ubezpieczonego) | 5 000 zł | 6 000 zł | - |
| 10. | Śmierć Rodziców Ubezpieczonego | 1 500 zł | 1 800 zł | - |
| 11. | Śmierć Teściów Ubezpieczonego | 1 500 zł | 1 800 zł | - |
| 12. | Osierocenie dziecka na skutek śmierci Ubezpieczonego | 2 500 zł | 3 000 zł | - |
| 13. | Urodzenie dziecka | 1 250 zł | 1 600 zł | - |
| 14. | Urodzenie martwego dziecka | 1 250 zł | 1 600 zł | - |
| 15. | Poważne zachorowanie Ubezpieczonego - zakres rozszerzony | 5 000 zł | 6 500 zł | 5 000 zł |
| 16. | Poważne zachorowanie dziecka - zakres rozszerzony | 5 000 zł | 6 500 zł | - |
| 17. | Leczenie szpitalne Ubezpieczonego w wyniku choroby oraz po 14 dniu pobytu w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 50 zł | 60 zł | 55 zł |
| 18. | Leczenie szpitalne Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (w ciągu pierwszych 14 dni) | 100 zł | 120 zł | 110 zł |
| 19. | Pobyt na OIOM | 100 zł | 120 zł | 110 zł |
| 20. | Operacja chirurgiczna | 500 zł | 600 zł | 600 zł |
| 21. | Leczenie sanatoryjne | 400 zł | 500 zł | 500 zł |
| 22. | Rekonwalescencja | 300 zł | 400 zł | 400 zł |

4. DANE UPOSAŻONYCH

| Imię i nazwisko | Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Udział w świadczeniu w % |
|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. | R R R R M M D D | | | |
| 2. | R R R R M M D D | | | |
| 3. | R R R R M M D D | | | |

5. ZGŁOSZENIE PARTNERA (nie dotyczy małżonka)

Imię i nazwisko partnera:

PESEL:

Data urodzenia:

Płeć: kobieta mężczyzna

6. WNIOSEK O SKRÓCENIE KARENCJI - w przypadku rezygnacji z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie

(Rubryka wypełniana jest tylko w przypadku osób rezygnujących z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie zawartego za pośrednictwem aktualnego Ubezpieczającego. Skrócenie karencji o okres dotychczasowego ubezpieczenia dotyczy zakresu ochrony i wysokości świadczeń w ramach poprzedniego grupowego ubezpieczenia na życie. Skrócenie okresu karencji nie obejmuje ryzyk, które nie występowały w dotychczasowym zakresie ochrony oraz dodatkowej wysokości świadczeń za poszczególne ryzyka przekraczającej świadczenie w dotychczasowej umowie).

Proszę o skrócenie okresów karencji o okres poprzedniego ubezpieczenia w związku z rezygnacją z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie. Zobowiązują się dostarczyć dokumenty potwierdzające zakres ochrony, okres ubezpieczenia i wysokość świadczeń w ramach dotychczasowego ubezpieczenia wraz z deklaracją uczestnictwa.

Okres dotychczasowego ubezpieczenia:

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej:

Podpis Ubezpieczonego

Potwierdzam, iż dotychczasowa umowa grupowego ubezpieczenia na życie, z której Ubezpieczony rezygnuje została zawarta za moim pośrednictwem.

Podpis Ubezpieczającego

7. KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY

| Pytania | Tak | Nie | Jeżeli tak, proszę podać szczegółowe informacje |
|--|--------------------------|--------------------------|---|
| 1. Czy w chwili obecnej zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu, konsultacji medycznej lub diagnostyce bądź oczekuje Pan/Pani na leczenie szpitalne lub sanatoryjne z powodu istniejących dolegliwości? (jeśli tak, to z jakiego powodu?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Czy zażywał/a Pan/Pani przewlekłe jakiegokolwiek środki medyczne przepisane przez lekarza? (jeśli tak, to od kiedy? proszę podać nazwę leku, dawkę i przyczynę zażywania) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Czy ma Pan/Pani przyznaną rentę inwalidzką lub inną kategorię niezdolności do pracy lub w chwili obecnej stara się Pan/Pani o jej przyznanie? (jeśli tak, to z jakiego powodu?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani rozpoznane choroby lub jakiegokolwiek problemy związane z: | | | |
| a) UKŁADEM KRAŻENIA jak nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba wieńcowa, zmiany w EKG, bóle w klatce piersiowej, szmery w sercu, choroby naczyń krwionośnych, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b) UKŁADEM ODDECHOWYM jak przewlekłe zapalenie oskrzeli, nawracające zapalenie płuc, astma, rozedma, gruźlica, chroniczny kaszel, duszności, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c) UKŁADEM POKARMOWYM jak przewlekły nieżył żołądka, owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, wątroby lub trzustki, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| d) UKŁADEM MOCZOWO-PŁCIOWYM jak białko lub krew w moczu, kamienie nerkowe, zapalenie lub niewydolność nerek, choroby prostaty, zapalenie przydatków, guzy piersi, schorzenia szyjki macicy, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| e) UKŁADEM NERWOWYM LUB CHOROBYMI UMYŚLOWYMI jak paraliż, niedowład, padaczka, zapalenie opon mózgowych, utrata przytomności, stwardnienie rozsiane, stany lękowe, psychozy, depresje, próby samobójcze, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| f) UKŁADEM KRWIOTWÓRCZYM jak anemia, zmiany w morfologii, zaburzenia krzepliwości krwi, powiększone węzły chłonne, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| g) UKŁADEM ENDOKRYNNYM LUB ZABURZENIAMI METABOLICZNYMI jak cukrzyca, dna, podwyższony poziom cholesterolu lub trójglicerydów, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| h) UKŁADEM RUCHU LUB SKÓRĄ jak osteoporoza, reumatyzm, bóle i skrzywienie kręgosłupa, wypadnięcie dysku, zapalenie lub naderwanie ścięgien, zapalenia lub zwyrodnienia stawów, choroby mięśni, łuszczycy, usunięcie znamion skóry, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| i) CHOROBYMI NOWOTWOROWYMI jak rak lub innego rodzaju guz, białaczka, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| j) CHOROBYMI ZAKAŻNYMI, PASOŻYTNICZYMI LUB PRZENOSZONYMI DROGĄ PŁCIOWĄ jak AIDS, zakażenie wirusem HIV, żółtaczką, choroby wirusowe, pasożytnicze, weneryczne, gorączka reumatyczna, itp. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

8. OŚWIADCZENIA

Oświadczenie Ubezpieczonego:

- Wyrażam zgodę na udostępnienie SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. przez placówki medyczne informacji medycznych (w tym także dokumentacji medycznej) w celu zawarcia lub wykonywania umowy ubezpieczenia.
- 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 do w/w podmiotów.
- Wyrażam Nie wyrażam zgody na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów spółek należących do Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce.
- Oświadczam, iż podane informacje są kompletne, prawdziwe, zgodne z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oraz zostały przekazane dobrowolnie.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w związku z zawieraniem ubezpieczeniem stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionej osoby do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczającego

INFORMACJA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Informujemy, że administratorem danych osobowych zebranych za pośrednictwem niniejszej deklaracji, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również w związku z jej realizacją, jest SIGNAL IDUNA Życie Polska Informujemy, że administratorem danych osobowych zebranych za pośrednictwem niniejszej deklaracji, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również w związku z jej realizacją, 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 (Dz. U. z 2002 r., nr 101, poz. 926 ze zm.) w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celach archiwalnych oraz marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów 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 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 ze zm.) 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.