

Wniosek o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego SIGNAL IDUNA

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. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Numer pośrednika

Oddział / Agencja

Nazwisko i imię agenta

Telefon agenta

nr kierunkowy

nr telefonu

nr wewnętrzny

nr telefonu komórkowego

2. WNIOSEK O ZAWARCIE UBEZPIECZENIA (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)

indywidualnego

rodzinnego

nowa umowa ubezpieczenia

kontynuacja umowy

3. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwisko / Nazwa

Pierwsze imię

Drugie imię

PESEL / NIP / REGON

Zawód wykonywany

Telefon

nr kierunkowy

nr telefonu

nr wewnętrzny

nr telefonu komórkowego

E-mail

Adres zameldownia / siedziby

ulica

nr domu

nr lokalu

mięscowosc

kod pocztowy

poczta

województwo

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

ulica

nr domu

nr lokalu

mięscowosc

kod pocztowy

poczta

województwo

4. GŁÓWNY UBEZPIECZONY (wypełnić w przypadku gdy Główny Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)

Nazwisko i imię

PESEL

Zawód wykonywany

Telefon

nr kierunkowy

nr telefonu

nr wewnętrzny

nr telefonu komórkowego

E-mail

ulica

nr domu

nr lokalu

mięscowosc

kod pocztowy

poczta

województwo

5. UBEZPIECZONY 2 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego w rubryce zawód prosimy podać: uczeń / student / inne)

Nazwisko i imię

PESEL

Zawód wykonywany

Telefon

nr kierunkowy

nr telefonu

nr wewnętrzny

nr telefonu komórkowego

E-mail

ulica

nr domu

nr lokalu

mięscowosc

kod pocztowy

poczta

województwo

Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym

6. UBEZPIECZONY 3 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego w rubryce zawód prosimy podać: uczeń / student / inne)

Nazwisko i imię				
PESEL		Zawód wykonywany		
Telefon				
	<i>nr kierunkowy</i>	<i>nr telefonu</i>	<i>nr wewnętrzny</i>	<i>nr telefonu komórkowego</i>
E-mail				
	<i>ulica</i>		<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	<i>miejsowość</i>		<i>kod pocztowy</i>	
	<i>poczta</i>	<i>województwo</i>		
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym				

7. UBEZPIECZONY 4 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego w rubryce zawód prosimy podać: uczeń / student / inne)

Nazwisko i imię				
PESEL		Zawód wykonywany		
Telefon				
	<i>nr kierunkowy</i>	<i>nr telefonu</i>	<i>nr wewnętrzny</i>	<i>nr telefonu komórkowego</i>
E-mail				
	<i>ulica</i>		<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	<i>miejsowość</i>		<i>kod pocztowy</i>	
	<i>poczta</i>	<i>województwo</i>		
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym				

8. UBEZPIECZONY 5 (w przypadku dzieci Głównego Ubezpieczonego w rubryce zawód prosimy podać: uczeń / student / inne)

Nazwisko i imię				
PESEL		Zawód wykonywany		
Telefon				
	<i>nr kierunkowy</i>	<i>nr telefonu</i>	<i>nr wewnętrzny</i>	<i>nr telefonu komórkowego</i>
E-mail				
	<i>ulica</i>		<i>nr domu</i>	<i>nr lokalu</i>
	<i>miejsowość</i>		<i>kod pocztowy</i>	
	<i>poczta</i>	<i>województwo</i>		
Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym				

9. WNIOSKOWANY ZAKRES OCHRONY I SKŁADKI

	Pakiet	Składka roczna
Główny Ubezpieczony 1		
Ubezpieczony 2		
Ubezpieczony 3		
Ubezpieczony 4		
Ubezpieczony 5		
Suma		
Zniżka		

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

<input type="checkbox"/> Miesięczny <input type="checkbox"/> Kwartalny <input type="checkbox"/> Półroczny <input type="checkbox"/> Roczny <input type="checkbox"/> Dwuletni w przypadku Pakietu Rodzinnego	Składka do zapłaty:
Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej	

Zaproponowana składka może się różnić maksymalnie o +/- 0,50 zł, natomiast w przypadku konieczności indywidualnej oceny ryzyka jest określana przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

11. 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 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 informacjami.

	Główny				
	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4	Ubezpieczony 5
1. Wzrost w cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm	<input type="text"/> cm
2. Waga w kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg	<input type="text"/> kg
3. Czy jest Pani w ciąży? <i>Jeśli tak, proszę podać planowany termin porodu</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="text"/>
4. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana(i) zakażenie wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby (WZW) lub gruźlicę?	<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"/> tak <input type="checkbox"/> nie
5. Czy obecnie i w ciągu ostatnich 5 lat chorował/a lub choruje Pan/i, doznał/a uszkodzeń ciała lub cierpi z powodu jakichkolwiek objawów lub dolegliwości?	<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"/> tak <input type="checkbox"/> nie
6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/i leczony/a ambulatoryjnie, diagnozowany/a z powodu jakichkolwiek objawów lub dolegliwości?	<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"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7. Czy przyjmuje Pan/i leki zalecane przez lekarza lub inne środki lub substancje nie przepisywane przez lekarza? (nazwę leku/ substancji i sposób przyjmowania proszę wpisać w pkt. 10).	<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"/> tak <input type="checkbox"/> nie
8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był(a) Pan(i) leczony(a) w szpitalu, sanatorium, oddziałach pobytu dziennego? <i>Jeśli tak, proszę w poniższej tabeli podać kiedy, z jakich przyczyn oraz dołączyć kopię kart wypisowych.</i>	<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"/> tak <input type="checkbox"/> nie
9. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przechodził(a) Pan(i) zabieg operacyjny lub zalecono Panu(i) przeprowadzenie jakiegokolwiek zabiegu operacyjnego (w tym też zabiegu ambulatoryjnego)? <i>Jeśli tak, proszę w poniższej tabeli podać kiedy, z jakich przyczyn oraz dołączyć kopię kart wypisowych.</i>	<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"/> tak <input type="checkbox"/> nie

10. Dodatkowe informacje dotyczące pytań 3-9

Ubezpieczony (nr)	Numer pytania	Rozpoznanie/ diagnoza, rodzaj dolegliwości, nazwa leków i dawkowanie, procentowy uszczerbek w przypadku niezdolności do pracy (inwalidztwa), okres niezdolności do pracy w przeciągu ostatnich 5 lat	Dane dotyczące chorób, prowadzonego leczenia oraz przeprowadzonych badań		Operacje		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		

Ubezpieczony (nr)	Numer pytania	Rozpoznanie/ diagnoza, rodzaj dolegliwości, nazwa leków i dzienne dawkowanie, procentowy uszczerbek w przypadku niezdolności do pracy (inwalidztwa), okres niezdolności do pracy w przeciągu ostatnich 5 lat	Dane dotyczące chorób, prowadzonego leczenia oraz przeprowadzonych badań		Operacje		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		

12. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO (Główny Ubezpieczony)

Oświadczam, że:

- Udzieliłem(am) odpowiedzi na pytania zawarte we wniosku zgodnie z prawdą i wyczerpująco oraz przyjmuję do wiadomości, że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować brakiem odpowiedzialności SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 22 ust. 1-5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do zakładów opieki zdrowotnej i innych podmiotów, o których mowa w przepisie art. 4 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, tudzież do innych zakładów ubezpieczeń, z pytaniami i prośbami dotyczącymi okoliczności wymienionych w powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych.
- Oświadczam, że doręczenie mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Szczególne Warunki Ubezpieczenia oraz Katalog Świadczeń Gwarantowanych 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. agentowi, który przyjął wniosek. Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia do Placówek Medycznych SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- Wyrażam zgodę na:
 - powierzenie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. przetwarzania moich danych osobowych innym podmiotom na podstawie przepisu art. 31 ustawy o ochronie danych osobowych;
 - udostępnianie moich danych osobowych przez spółkę SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. podmiotom od niej zależnym, nad nią dominującym oraz podmiotom zależnym od podmiotów nad nią dominujących.
 - przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów marketingu produktów i usług przez SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. ;
 tak nie
 - przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku dla celów marketingu produktów i usług przez podmioty, o których mowa poniżej w punkcie b.
 tak nie
- Wyrażam zgodę, aby w przypadku jakichkolwiek powodów, a w szczególności z uwagi na zmianę przepisów prawa bądź z uwagi na interpretację tych przepisów przez organy państwowe, świadczenia SIGNAL IDUNA polegające na usługach zdrowotnych świadczonych przez Placówki Medyczne SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. były niemożliwe lub zakazane, świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia były wykonywane w taki sposób, że:
 - SIGNAL IDUNA będzie obowiązana do zapłaty na rzecz ubezpieczonego odszkodowania w wysokości równej kosztom obecnie umówionych świadczeń;
 - stosowne odszkodowania będą płacone przez SIGNAL IDUNA bezpośrednio Placówkom Medycznym SIGNAL IDUNA, co zwalniao będzie ubezpieczonych z obowiązku zapłaty za usługi świadczone przez te Placówki Medyczne.
- Zostałem poinformowany o prawie dostępu do moich danych osobowych i ich poprawiania oraz o podstawie prawnej przetwarzania moich danych osobowych, art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151 ze zm.).

13. PODPISY

Miejscowość	Data	Podpis pośrednika	Podpis Ubezpieczającego	
Główny Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4	Ubezpieczony 5