



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

NUMER POLISY:

1. DANE POŚREDNIKA

Numer Pośrednika: Nazwa Pośrednika:

Dane Agenta

Imię i nazwisko Agenta:

Numer RAU OFWCA:

Nr tel.: e-mail:

2. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa:

Adres siedziby:

NIP: REGON:

Adres do korespondencji (jeśli inny niż siedziby):

3. DANE UBEZPIECZONEGO

DZIECKO 1:

Imię i nazwisko:

PESEL: Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

DZIECKO 2:

Imię i nazwisko:

PESEL: Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

DZIECKO 3:

Imię i nazwisko:

PESEL: Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

Wnioskowany początek ochrony ubezpieczeniowej: od

Koniec ochrony ubezpieczeniowej: **PO UPŁYWIE 12 PEŁNYCH MIESIĘCY OD DATY ROZPOCZĘCIA OCHRONY**

4. DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania:

Adres do korespondencji: (jeśli inny niż zamieszkania)

e-mail: nr tel.:

6. OSOBY UPOSAŻONE

L.p.	Osoba Uposażona imię i nazwisko	PESEL Uposażonego	Stopień pokrewieństwa	% udziału
1.				
2.				
3.				

7. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZONEGO LUB RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO W IMIENIU UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA 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 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.
- Upoważniam każdy podmiot wykonujący działalność leczniczą, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA 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 zawartej na podstawie niniejszego wniosku oraz wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Oświadczam, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Oświadczam, że otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Umowa ubezpieczenia, o której zawarciu 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(am) poinformowany(a) 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 Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.
TAK / **NIE**
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:
wiadomości SMS/MMS **TAK** / **NIE**
wiadomości e-mail **TAK** / **NIE**
telefoniczny **TAK** / **NIE**

.....
Miejscowość



.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego lub Rodzica/ Opiekuna Prawnego

.....
Miejscowość



.....
Data

.....
Podpis przyjmującego deklarację