


# Deklaracja uczestnictwa w umowie Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA

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

## 1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy: **BIURO USŁUG BROKERSKICH Krzysztof Chechliński**

## 2. PRACOWNIK, MAŁŻONEK, DZIECKO (właściwe podkreślić)

Imię i nazwisko pracownika: \_\_\_\_\_ Imię i nazwisko składającego deklarację: \_\_\_\_\_

### Dane osobowe składającego deklarację:

PESEL: \_\_\_\_\_

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: \_\_\_\_\_

Płeć:  kobieta  mężczyzna

tel.:

tel. kom.:

e-mail: \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_

### Dane o zatrudnieniu:

Data zatrudnienia przez pracodawcę:

Wykonywany zawód: \_\_\_\_\_

Czy ubezpieczeniem są objęci zatrudnieni przez Ubezpieczającego Pani/Pana rodzice, małżonek, dzieci?  tak (proszę podać imię, nazwisko, st. pokrewieństwa): \_\_\_\_\_  
 nie

## 3. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

## 4. ŚWIADCZENIA

Wybór zakresu ochrony:  Zakres I  Zakres II  Zakres III

Suma ubezpieczenia: **8 000 zł** **8 000 zł** **8 000 zł**

Składka miesięczna: **34 zł** **42 zł** **52 zł**

I.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia	Wysokość świadczenia	Wysokość świadczenia
1	Zgon Ubezpieczonego	25 000 zł	20 000 zł	25 000 zł
2	Zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (obejmuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	50 000 zł	40 000 zł	50 000 zł
3	Zgon Ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (obejmuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku)	60 000 zł	48 000 zł	60 000 zł
4	Zgon Ubezpieczonego w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (obejmuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego)	50 000 zł	40 000 zł	50 000 zł
5	Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za każdy 1% trwałego uszczerbku)	400 zł	320 zł	400 zł
6	Zgon Małżonka Ubezpieczonego	brak	8 000 zł	10 000 zł
7	Zgon Dziecka Ubezpieczonego	brak	2 400 zł	3 000 zł
8	Zgon Rodziców Ubezpieczonego	brak	1 600 zł	2 000 zł
9	Zgon Teściów Ubezpieczonego	brak	1 600 zł	2 000 zł
10	Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	brak	3 200 zł	4 000 zł
11	Urodzenie dziecka	brak	800 zł	1 000 zł
12	Urodzenie martwego dziecka	brak	1 600 zł	2 000 zł
13	Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	5 000 zł	4 000 zł	5 000 zł
14	Poważne zachorowanie małżonka	brak	2 400 zł	3 000 zł
15	Leczenie szpitalne Ubezpieczonego w wyniku choroby oraz po 14 dniu pobytu w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	50 zł	40 zł	50 zł
16	Leczenie szpitalne Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (w ciągu pierwszych 14 dni)	100 zł	80 zł	100 zł
17	Operacja chirurgiczna	1 000 zł	800 zł	1 000 zł

## 5. 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			
4.	r r r r m m d d			
5.	r r r r m m d d			
6.	r r r r m m d d			

## 6. INFORMACJE MEDYCZNE

Pytania	Tak	Nie	Jeśli tak, to 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 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 jakiego powodu?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy kiedykolwiek rozpoznano u Pana/Pani następujące choroby:			Jeśli tak, to proszę podać datę rozpoznania i przebieg leczenia
a) zawał mięśnia sercowego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) udar mózgu, porażenie, niedowład	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) cukrzyca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) przewlekłe zapalenie trzustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) niewydolność nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) nowotwory, guzy, białaczki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) padaczka, choroby psychiczne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) AIDS, zakażenie wirusem HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## 7. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

- 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. może, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości w okresie 3 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że znane mi są Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie MULTIOCHRONA obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali, do udzielenia SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia na żądanie SIGNAL IDUNA Życie TU S.A.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jasnej 14/16a oraz przez spółki koncernu SIGNAL IDUNA Gruppe, z siedzibą Dortmund/Hamburg, zarówno obecnie jak i w przyszłości, moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, dla celów marketingowych, zgodnie z prowadzoną przez zakład ubezpieczeń działalnością ubezpieczeniową oraz dla celów marketingowych, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zmianami). Ponadto przyjmuję do wiadomości, iż mam prawo do wglądu do moich danych oraz do ich poprawiania.

.....

Miejscowość

r r r r m m d d

Data

.....

Własnoręczny podpis Ubezpieczonego

Posiadając aktualne pełnomocnictwo do reprezentowania pracodawcy, wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w związku z zawieraniem ubezpieczeniem stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionego pracownika do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA, zawartej pomiędzy reprezentowanym przeze mnie Pracodawcą, a SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A.

.....

Miejscowość

r r r r m m d d

Data

.....

Własnoręczny podpis Ubezpieczającego

Potwierdzam przyjęcie deklaracji w imieniu SIGNAL IDUNA Życie Polska

r r r r m m d d

Data

.....

Podpis osoby upoważnionej