

# Wniosek o zawarcie Ubezpieczenia Zdrowotnego – Pełnia Zdrowia Polmed

**SIGNAL IDUNA** 

SIGNAL IDUNA Polska  
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

miejsce na naklejkę

## 1. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Numer pośrednika  Oddział/ Agencja   
Imię i nazwisko agenta  Nr RAU OFWCA   
Telefon agenta  e-mail

## 2. UBEZPIECZAJĄCY

zaznacz jeżeli jest jednocześnie Ubezpieczonym

Nazwa/Nazwisko  Imiona   
Data urodzenia  Rodzaj wykonywanej działalności /Zawód wykonywany  NIP/ PESEL   
Typ formy prawnej osoba fizyczna  osoba prawna\*  jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, fundacja lub stowarzyszenie   
\* jeżeli spółka akcyjna notowana na rynku regulowanym – podać gdzie

Obywatelstwo  Telefon  e-mail   
Adres siedziby/ zamieszkania  
       
ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby/ zamieszkania)  
       
ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

## 3. GŁÓWNY UBEZPIECZONY (wypełnić w przypadku, gdy Główny Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)

Imię i nazwisko  Płeć:  kobieta  mężczyzna  
PESEL  Data urodzenia  Zawód wykonywany   
Obywatelstwo  Telefon  e-mail   
       
ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

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

Imię i nazwisko  Płeć  kobieta  mężczyzna  
PESEL  Data urodzenia  Zawód wykonywany   
Obywatelstwo  Telefon  e-mail   
       
ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym

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

Imię i nazwisko  Płeć  kobieta  mężczyzna  
PESEL  Data urodzenia  Zawód wykonywany   
Obywatelstwo  Telefon  e-mail   
       
ulica nr domu nr lokalu poczta miejscowość kod pocztowy

Stopień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym

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

Imię i nazwisko	<input type="text"/>	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>	Zawód wykonywany	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>	e-mail	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ulica	nr domu	nr lokalu	poczta	miejsowość	kod pocztowy
Stoień pokrewieństwa (powinowactwa) z Głównym Ubezpieczonym <input type="text"/>					

## 7. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA DO ZAPŁATY – WARIANT INDYWIDUALNY (Proszę zaznaczyć wybrany cykl płatności znakiem X we właściwym polu)

Cykl płatności musi być ten sam dla wszystkich Ubezpieczonych. Składka dla poszczególnych Ubezpieczonych:

Cykl płatności	Wysokość składki w wybranym cyklu płatności za Ubezpieczonego	Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia	Łączna składka
miesięczny	<input type="checkbox"/> 62,00 zł		
kwartalny	<input type="checkbox"/> 184,17 zł		
półroczny	<input type="checkbox"/> 364,56 zł		
roczny	<input type="checkbox"/> 714,12 zł		

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## 8. WARIANT PŁATNOŚCI I KWOTA SKŁADKI DO ZAPŁATY – WARIANT RODZINNY (Proszę zaznaczyć wybrany cykl płatności znakiem X we właściwym polu)

Cykl płatności	Wysokość składki w wybranym cyklu płatności za całą rodzinę
miesięczny	<input type="checkbox"/> 217 zł
kwartalny	<input type="checkbox"/> 644,49 zł
półroczny	<input type="checkbox"/> 1 276,02 zł
roczny	<input type="checkbox"/> 2 499,84 zł

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## 9. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować brakiem odpowiedzialności SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.
- Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. może odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, Warunki Produktu, Katalog Świadczeń Gwarantowanych, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Umowa ubezpieczenia, o której zawarłem 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.
- W ciągu ostatnich 5 lat mój wniosek o przystąpienie/ odnowienie ubezpieczenia nie został odrzucony przez żadne towarzystwo ubezpieczeniowe.\*
- Wyrażam zgodę na przekazanie informacji o objęciu mnie ochroną ubezpieczeniową placówkom medycznym współpracującym z SIGNAL IDUNA Polska TU S.A.\*
- 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 w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, który posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA 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 Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.\*

\*oświadczenia i zgody dotyczą tylko Ubezpieczonych

## 10. 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.

Ubezpieczający	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4
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 <input type="checkbox"/>

- 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 tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

Ubezpieczający	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 4
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"/>	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"/>	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"/>	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>

## 11. PODPISY

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Czytelny podpis pośrednika	Czytelny podpis Ubezpieczającego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Czytelny podpis Głównego Ubezpieczonego	Czytelny podpis Ubezpieczonego 2	Czytelny podpis Ubezpieczonego 3	Czytelny podpis Ubezpieczonego 4