

**Deklaracja uczestnictwa w umowie
Grupowego Ubezpieczenia na Życie
z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi MULTIOCHRONA**

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa

2. PRACOWNIK, MAŁŻONEK, DZIECKO (właściwe podkreślić)

Imię i nazwisko pracownika

Imię i nazwisko składającego deklarację

Dane osobowe składającego deklarację

Data urodzenia: Miejsce urodzenia: Płeć: kobieta mężczyzna

Data zatrudnienia przez pracodawcę: PESEL:

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

Adres do korespondencji:

3. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Wysokość sumy ubezpieczenia: Częstotliwość opłacania składki: Wysokość składki:

Udział pracodawcy w składce: tak nie Udział pracowników w składce: tak nie

4. ŚWIADCZENIA

I.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia	I.p.	Rodzaj zdarzenia	Wysokość świadczenia
1			14		
2			15		
3			16		
4			17		
5			18		
6			19		
7			20		
8			21		
9			22		
10			23		
11			24		
12			25		
13			26		

5. INFORMACJE DODATKOWE

Wykonywany zawód

Sposób zatrudnienia:

Umowa o pracę

Inna umowa, jaka:

Czy ubezpieczeniem są objęci, zatrudnieni u Ubezpieczającego Pani/Pana rodzice, małżonek, dzieci?

tak (proszę podać imię, nazwisko, st. pokrewieństwa)

nie

6. 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			

7. UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

Deklarowana wysokość składki podstawowej:

Alokacja składki funduszowej

Fundusz	Udział w %
1. Fundusz akcyjny	
2. Fundusz zrównoważony	
3. Fundusz bezpieczny	
Razem	100 %

8. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany (a) oświadczam, że:

1. 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 z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi MULTIOCHRONA obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
2. 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.
3. 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 przeze mnie 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 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 ubezpieczenia stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionego pracownika do umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi MULTIOCHRONA, zawartej pomiędzy reprezentowanym przeze mnie Pracodawcą, a SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A.

.....
Miejscowość

r r r r r m m d d
Data

.....
Własnoręczny podpis Ubezpieczającego

Potwierdzam przyjęcie deklaracji w imieniu SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A.

r r r r r m m d d
Data

.....
Podpis osoby upoważnionej