

Wniosek o zawarcie umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi MULTIOCHRONA

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

Nr wniosku Nr umowy

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa REGION

Adres siedziby:

NIP

tel.: fax: tel. kom.: 0 e-mail:

2. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: Wysokość składki ochronnej:
(jako kwota lub procent wynagrodzenia)

Składka opłacana do dnia: Częstotliwość opłacania składki: Wysokość sumy ubezpieczenia:
(maksymalnie 15 dni od rozpoczęcia okresu rozliczeniowego) (jako kwota lub krotność wynagrodzenia)

Udział pracodawcy w składce: tak nie Liczba pracowników zatrudnianych:

Udział pracowników w składce: tak nie Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia:

3. 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		

4. CZY GRUPA WYRAŻA CHĘĆ UCZESTNICTWA W UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZACH KAPITAŁOWYCH
5. DANE OSOBY(ÓB) WYZNACZONEJ(YCH) DO OBSŁUGI UBEZPIECZENIA U PRACODAWCY

tak nie

Imię i nazwisko	Numer telefonu kontaktowego, adres email

6. INFORMACJA O DOTYCHCZASOWYM GRUPOWYM UBEZPIECZENIU NA ŻYCIE

Rubryka wypełniana jest tylko w przypadku rezygnacji pracowników z ubezpieczenia grupowego na życie prowadzonego u Ubezpieczającego przez innego Ubezpieczyciela. Informacja ta będzie podstawą do potwierdzenia listy osób rezygnujących z ubezpieczenia grupowego na życie prowadzonego u Ubezpieczającego przez innego Ubezpieczyciela. W przypadku wypełnienia rubryki „Informacja o dotychczasowym grupowym ubezpieczeniu na życie” Ubezpieczyciel wymaga załączenia do niniejszego wniosku imiennej listy pracowników rezygnujących z ubezpieczenia grupowego na życie prowadzonego u Ubezpieczającego przez innego Ubezpieczyciela.

Nazwa dotychczasowego Towarzystwa

Nr dokumentu potwierdzającego dotychczasowe ubezpieczenie:

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

7. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że informacje zawarte we wniosku są prawdziwe i zostały udzielone zgodnie z moją najlepszą wiedzą oraz, że w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może odmówić wypłaty odszkodowania lub stosownie je zmniejszyć.
 Oświadczam, że otrzymałem (am) stosowne Ogólne Warunki Ubezpieczenia obowiązujące w dniu zawarcia umowy oraz, że znana mi jest ich treść. Zostałem(am) poinformowany(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki zawarcia umowy ubezpieczenia.
 Zostałem(am) poinformowany(a), że dane osobowe zawarte w niniejszym wniosku zbierane są na zasadzie dobrowolności i służyć będą ocenie ryzyka oraz podjęciu decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, obsłudze tej umowy.
 Dane osobowe nie będą nikomu udostępniane, z wyjątkiem przypadków określonych w niniejszym oświadczeniu oraz obowiązkowego udzielania informacji określonych w Ustawie z dnia 22 maja 2002 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U Nr 124, poz. 1151 z późniejszymi zmianami).
 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 ubezpieczającego

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

r	r	r	r	m	m	d	d
---	---	---	---	---	---	---	---

 Data

.....
 podpis osoby upoważnionej