

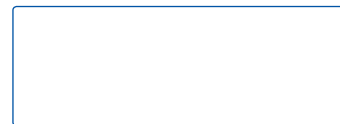
NOWE PRZYSTĄPIENIE  ZMIANA WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

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

NUMER POLISY: \_\_\_\_\_

### 1. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa firmy: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Pieczęć Ubezpieczającego

### 2. DANE PRZYSTĘPUJĄCEGO DO UBEZPIECZENIA

Zaznacz właściwe:  PRACOWNIK  MAŁŻONEK  PARTNER  PEŁNOLETNIE DZIECKO

Imię: \_\_\_\_\_ Drugie imię: \_\_\_\_\_

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

Data urodzenia:  D D M M R R R R  Państwo urodzenia: \_\_\_\_\_ Nr i seria dowodu tożsamości: \_\_\_\_\_

Obywatelstwo: \_\_\_\_\_ Nr paszportu/ karty pobytu (w przypadku braku PESEL): \_\_\_\_\_

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

#### Adres do kontaktu:

Kraj: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_\_ Poczta: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_

Ulica: \_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr lokalu: \_\_\_\_\_

#### Dane o zatrudnieniu:

Data zatrudnienia:  D D M M R R R R  Wykonywany zawód: \_\_\_\_\_

Rodzaj umowy:  umowa o pracę  umowa zlecenie  umowa o dzieło  umowa mianowania, wyboru, powołania  
 umowa o współpracę z samozatrudnionym  umowa agencyjna  inna forma zatrudnienia

### 3. DANE PRACOWNIKA, Z KTÓRYM PRZYSTĘPUJE DO UBEZPIECZENIA MAŁŻONEK, PARTNER LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO

(wypełnia Małżonek, Partner lub Pełnoletnie Dziecko)

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data zatrudnienia:  D D M M R R R R

### 4. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:  D D M M R R R R  Wysokość składki: \_\_\_\_\_ PLN

Kod opcji podstawowej: \_\_\_\_\_ Kod opcji dodatkowej: \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_

### 5. DANE UPOSAŻONYCH

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w świadczeniu w % (łącznie udział musi wynosić 100%)
1.		<u> D D M M R R R R </u>		
2.		<u> D D M M R R R R </u>		

### 6. ZGŁOSZENIE PARTNERA (nie dotyczy małżonka)

Imię: \_\_\_\_\_ Nazwisko: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia:  D D M M R R R R

## 7. OŚWIADCZENIA I ZGODY OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

### OŚWIADCZENIE KWALIFIKUJĄCE (nie dotyczy osób kontynuujących grupowe ubezpieczenie na życie i przystępujących z grupą powyżej 20 osób, o ile warunki umowy nie stanowią inaczej)

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji:

nie przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni (nie dotyczy zwolnienia lekarskiego z powodu: złamania kończyn dolnych lub górnych, skręcenia lub zwichnięcia stawów kończyn dolnych lub górnych, zwolnienia lekarskiego na osoby trzecie), w szpitalu, w hospicjum (w tym hospicjum domowym) ani w innej placówce dla przewlekle chorych, nie otrzymuję świadczenia rehabilitacyjnego (nie dotyczy renty rodzinnej), nie ubiegam się o nie, nie mam orzeczonej renty, niepełnosprawności, niezdolności do pracy ani nie ubiegam się o nie.

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Załącznik:

- A. Oświadczenie o stanie zdrowia  
 B. Kwestionariusz medyczny

### POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. w przypadku stwierdzenia ich nieprawdliwości, mogą odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- Wyrażam zgodę na objęcie mojego życia i zdrowia ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia wskazaną w umowie oraz upoważniam Ubezpieczającego do dokonywania w moim imieniu i na moją rzecz wszelkich zmian w umowie ubezpieczenia, w tym zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki i sumy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ 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 udzieli 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 Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A., a także ich 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 Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ 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 Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. mogą zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Zostałem poinformowany 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 Polska TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przykoppowej 31, w celach marketingowych:

TAK  / NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Przykoppowej 31, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS TAK  / NIE

wiadomości e-mail TAK  / NIE

telefoniczny TAK  / NIE

- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do Aegon Services Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie przy ul. Katowickiej 47, w celach marketingowych:

TAK  / NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Aegon TUnŻ S.A., a także – w przypadku wyrażenia zgody z pkt powyżej – od Aegon Services Sp. z o.o. z siedzibą w Chorzowie przy ul. Katowickiej 47, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS TAK  / NIE

wiadomości e-mail TAK  / NIE

telefoniczny TAK  / NIE

Miejscowość

Data

Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

## 8. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO

- 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 „Razem w Przyszłość”, zawartej pomiędzy reprezentowanym przeze mnie Pracodawcą a SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. i Aegon TUnŻ S.A.
- Osoba przystępująca do ubezpieczenia rezygnuje z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie zawartego za moim pośrednictwem: TAK  / NIE  (jeśli TAK prosimy uzupełnić poniższe dane)

Nazwa poprzedniego Ubezpieczyciela:

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej:

Data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej:

Wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci:  PLN

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego