

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

1. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Nazwa Pośrednika _____

REGON _____ NIP _____

Adres siedziby:

Kraj _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Tel. kom. _____ e-mail _____

DANE OSOBY(ÓB) WYZNACZONEJ(YCH) DO OBSŁUGI UBEZPIECZENIA U POŚREDNIKA

L.p.	Imię i nazwisko	Numer telefonu kontaktowego, adres e-mail
1.		
2.		

2. UBEZPIECZAJĄCY

osoba fizyczna osoba prawna jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej fundacja lub stowarzyszenie Spółka z o.o.

osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą Wspólnicy Spółki Cywilnej Inna (jaka?) _____

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z danymi w KRS/ Ewidencji Działalności Gospodarczej

PESEL _____ NIP _____ Nr dowodu osobistego /paszportu _____

Nazwisko /Nazwa Firmy _____

Pierwsze imię _____ Drugie imię _____ Płeć: kobieta mężczyzna

Data urodzenia DD MM RR RR RR RR Państwo urodzenia _____ Obywatelstwo _____

Adres zamieszkania/ Siedziby

Kraj _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Adres korespondencyjny (wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania/ Siedziby Firmy)

Kod pocztowy _____ Poczta _____

Miejscowość _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Tel. kom. _____ e-mail _____

3. DANE REPREZENTANTA UBEZPIECZAJĄCEGO

Dane Reprezentanta 1:

Imię i Nazwisko _____ Data urodzenia DD MM RR RR RR RR

PESEL _____ Państwo urodzenia _____

Dane Reprezentanta 2:

Imię i Nazwisko _____ Data urodzenia DD MM RR RR RR RR

PESEL _____ Państwo urodzenia _____

4. BENEFICJENT RZECZYWISTY

Beneficjent Rzeczywisty 1:

Imię i Nazwisko _____

Data urodzenia D D M M R R R R R R

Obywatelstwo _____

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:

nie jest/ jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Beneficjent Rzeczywisty 2:

Imię i Nazwisko _____

Data urodzenia D D M M R R R R R R

Obywatelstwo _____

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:

nie jest/ jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o Przeciwdziałaniu Praniu pieniędzy oraz Finansowaniu Terroryzmu znajduje się pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>

5. WARUNKI UBEZPIECZENIA

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej D D M M R R R R R R Częstotliwość opłacania składki _____

Składka opłacana do dnia D D M M R R R R R R

Warunki ubezpieczenia zgodnie z propozycją współpracy/ Aneksem Nr _____ z dnia D D M M R R R R R R

Liczba pracowników zatrudnianych: _____ Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia: _____

6. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Świadomy/ a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że w rozumieniu Ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

nie jestem / jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

Informujemy, iż wykaz definicji w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu znajduje się pod adresem: <https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/>

7. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że:

1. 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 nieprawdziwości, mogą odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. oraz Aegon TUnŻ S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Doręczono mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
4. Otrzymałem/am Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych.
5. Umowa ubezpieczenia, o której zawarcie 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.
6. Zostałem/am poinformowany/a o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego przez osoby wykonujące czynności dystrybucyjne związane z proponowanym zawarciem niniejszej umowy ubezpieczenia.
7. Osoby przystępujące do ubezpieczenia rezygnują 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: D D M M R R R R R R

Data zakończenia ochrony ubezpieczeniowej: D D M M R R R R R R

Załącznik: dotychczasowa polisa potwierdzająca zakres i sumy ubezpieczenia w grupowym ubezpieczeniu na życie (w przypadku więcej niż jednego zakresu ubezpieczenia należy dołączyć imienną listę osób z przyporządkowaniem do poszczególnych zakresów).

ZGODY MARKETINGOWE

1. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych do SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., z siedzibą ul. Przykoppowa 31, 01-208 Warszawa, w celach marketingowych.

TAK / **NIE**

2. 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 ul. Przykoppowa 31, 01-208 Warszawa, 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**

3. 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**

4. 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**

8. PODPISY

Miejscowość

D D M M R R R R R R
Data

Czytelny podpis Pośrednika

Czytelny podpis Ubezpieczającego