



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

NUMER POLISY:

1. DANE POŚREDNIKA

Numer Pośrednika: Nazwa Pośrednika:

Dane Agenta
Imię i nazwisko: Numer RAU OFWCA:

Nr tel.: e-mail:

2. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

SIGNAL IDUNA DYSTRYBUCJA Sp. z o.o., ul. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, NIP: 1070005931, REGON: 140808759, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer KRS 0000269408, Kapitał zakładowy: 503.000 zł opłacony w całości

3. DANE UBEZPIECZONEGO

DZIECKO 1:
Imię i nazwisko:

PESEL: Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

DZIECKO 2:
Imię i nazwisko:

PESEL: Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

DZIECKO 3:
Imię i nazwisko:

PESEL: Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

Wnioskowany początek ochrony ubezpieczeniowej: od

Koniec ochrony ubezpieczeniowej: **PO UPŁYWIE 12 PEŁNYCH MIESIĘCY OD DATY ROZPOCZĘCIA OCHRONY**

4. DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres miejsca zamieszkania:

Adres do korespondencji: (jeśli inny niż zamieszkania)

e-mail: nr tel.:

W przypadku konieczności zwrotu składki ubezpieczeniowej proszę o przekazanie należnych środków na następujący numer rachunku bankowego:

Dane Właściciela rachunku: data i czytelny podpis składającego deklarację uczestnictwa

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy:

Ulica: Numer domu: Numer lokalu:

5. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Rodzaj ryzyka	SUMA UBEZPIECZENIA W PLN						
	10 000	12 000	15 000	20 000	25 000	40 000	80 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	10 000	12 000	15 000	20 000	25 000	40 000	80 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Komunikacyjnego (wartość skumulowana)	20 000	24 000	30 000	40 000	50 000	80 000	160 000
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu	5 000	6 000	7 500	10 000	12 500	20 000	40 000
Śmierć Rodzica lub Opiekuna Prawnego Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000
Trwały Uszczerbek Na Zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za 1%)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 1						
	100	120	150	200	250	400	800
Złamanie kości, Zwichnięcie, Skręcenie Stawu Ubezpieczonego (za 1%)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 3, 4, 5						
	100	120	150	200	250	400	800
Oparzenie lub Odmrożenie Ubezpieczonego (za 1%)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 6						
	100	120	150	200	250	400	800
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za Dzień Pobytu)	30	30	30	30	30	30	30
Rany Ubezpieczonego	100	120	150	200	250	300	300
Nagle Zutrućcie Gazami, substancjami i produktami chemicznymi, porażenia prądem lub piorunem	100	120	150	200	250	400	400
Pogryzienie bądź pokąsanie przez zwierzęta lub ukąszenie przez owady (za 1%)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 7						
	100	120	150	200	250	400	400
Wstrząśnienie Mózgu Ubezpieczonego (za 1%)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 8						
	100	120	150	200	250	400	500
Atak Padaczki Ubezpieczonego	100	120	150	200	250	400	500
Interwencja lekarska	100	120	150	200	250	300	300
Refundacja kosztów leczenia oraz kosztów rehabilitacji	1 000	1 200	1 500	2 000	2 500	4 000	4 000
Refundacja kosztów naprawy lub nabycia Przedmiotów Ortopedycznych i Środków Pomocniczych	2 000	2 400	3 000	4 000	4 000	4 000	4 000
Refundacja kosztów odbudowy zębów stałych uszkodzonych lub utraconych w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	500	600	750	1 000	1 000	1 000	1 000
Refundacja kosztów Operacji Kosmetycznych	1 000	1 200	1 500	2 000	2 500	4 000	4 000
Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000
Assistance Szkolny	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Rodzaj składki	Składka roczna w PLN za osobę						
Standardowa	<input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 58	<input type="checkbox"/> 70	<input type="checkbox"/> 89	<input type="checkbox"/> 111	<input type="checkbox"/> 159	<input type="checkbox"/> 296
Drugie i kolejne dziecko	<input type="checkbox"/> 37	<input type="checkbox"/> 43	<input type="checkbox"/> 53	<input type="checkbox"/> 67	<input type="checkbox"/> 83	<input type="checkbox"/> 119	<input type="checkbox"/> 222
Szkoły sportowe	<input type="checkbox"/> 62	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 88	<input type="checkbox"/> 113	<input type="checkbox"/> 139	<input type="checkbox"/> 199	<input type="checkbox"/> 370
Szkoły sportowe – drugie i kolejne dziecko	<input type="checkbox"/> 46	<input type="checkbox"/> 54	<input type="checkbox"/> 66	<input type="checkbox"/> 83	<input type="checkbox"/> 104	<input type="checkbox"/> 149	<input type="checkbox"/> 278

Ubezpieczony uczęszcza do szkoły sportowej: **DZIECKO 1** tak nie **DZIECKO 2** tak nie **DZIECKO 3** tak nie

Łączna składka do zapłaty: PLN

Płatność składki: Składka jednorazowa, płatna najpóźniej do dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, na konto:

SIGNAL IDUNA Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w mBank S.A.: **76 1140 1661 1023 0000 0037 5750**

W tytule przelewu należy podać: **nr PESEL Ubezpieczonego Dziecka/Dzieci.**

6. OSOBY UPOSAŻONE

L.p.	Osoba Uposażona imię i nazwisko	PESEL Uposażonego	Stopień pokrewieństwa	% udziału
1.				
2.				
3.				

7. OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZONEGO LUB RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO W IMIENIU UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

- Wszystkie dane zawarte w tym dokumencie są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Polska TU S.A., w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
- 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 udzielił 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 Polska TU S.A. oraz jego 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 o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
- Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić objęcia ochroną ubezpieczeniową.
- Oświadczam, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
- Oświadczam, że 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.

Zgody marketingowe

1. 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.

TAK / NIE

2. 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 automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

wiadomości SMS/MMS

TAK / NIE

wiadomości e-mail

TAK / NIE

telefonicznie

TAK / NIE

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Podpis Ubezpieczonego lub Rodzica/ Opiekuna Prawnego

Miejscowość

DDMMRRRR

Data

Podpis przyjmującego deklarację