



DEKLARACJĘ PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE, 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:

Uczęszczam do Placówki Oświatowej (dotyczy Ubezpieczonego, który ukończył 16. rok życia):  liceum  technikum  szkoła wyższa  inna

Należy podać nazwę Placówki Oświatowej:

**DZIECKO 2:**  
 Imię i nazwisko:

PESEL:  Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

Uczęszczam do Placówki Oświatowej (dotyczy Ubezpieczonego, który ukończył 16. rok życia):  liceum  technikum  szkoła wyższa  inna

Należy podać nazwę Placówki Oświatowej:

**DZIECKO 3:**  
 Imię i nazwisko:

PESEL:  Zakres ubezpieczenia:

Adres miejsca zamieszkania:

Uczęszczam do Placówki Oświatowej (dotyczy Ubezpieczonego, który ukończył 16. rok życia):  liceum  technikum  szkoła wyższa  inna

Należy podać nazwę Placówki Oświatowej:

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:  Mięscowość  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 100%)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 1						
	10 000	12 000	15 000	20 000	25 000	40 000	80 000
Złamanie kości, Zwłknięcie, Skręcenie Stawu Ubezpieczonego (maksymalna wysokość świadczenia)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 3, 4, 5						
	10 000	12 000	15 000	20 000	25 000	40 000	80 000
Oparzenie lub Odmrożenie Ubezpieczonego (maksymalna wysokość świadczenia)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 6						
	2 000	2 400	3 000	4 000	5 000	8 000	16 000
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za Dzień Pobytu)	30	30	30	30	30	30	30
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Choroby (max. 2 świadczenia rocznie)	200	200	200	200	200	200	200
Rany Ubezpieczonego	100	120	150	200	250	300	300
Nagle Zatrucie 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 (maksymalna wysokość świadczenia)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 7						
	500	600	750	1 000	1 250	2 000	2 000
Wstrząśnienie Mózgu Ubezpieczonego (maksymalna wysokość świadczenia)	W zależności od rodzaju uszkodzenia według Tabeli nr 8						
	500	600	750	1 000	1 250	2 000	2 500
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
<b>Rodzaj składki</b>	<b>Składka roczna w PLN za osobę</b>						
<b>Standardowa</b>	<input type="checkbox"/> 55	<input type="checkbox"/> 63	<input type="checkbox"/> 76	<input type="checkbox"/> 96	<input type="checkbox"/> 116	<input type="checkbox"/> 172	<input type="checkbox"/> 302
<b>Drugie i kolejne dziecko</b>	<input type="checkbox"/> 41	<input type="checkbox"/> 48	<input type="checkbox"/> 57	<input type="checkbox"/> 72	<input type="checkbox"/> 87	<input type="checkbox"/> 129	<input type="checkbox"/> 226
<b>Szkoły sportowe</b>	<input type="checkbox"/> 69	<input type="checkbox"/> 79	<input type="checkbox"/> 95	<input type="checkbox"/> 120	<input type="checkbox"/> 145	<input type="checkbox"/> 215	<input type="checkbox"/> 377
<b>Szkoły sportowe – drugie i kolejne dziecko</b>	<input type="checkbox"/> 52	<input type="checkbox"/> 59	<input type="checkbox"/> 71	<input type="checkbox"/> 90	<input type="checkbox"/> 109	<input type="checkbox"/> 161	<input type="checkbox"/> 283

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 wysokości 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

telefoniczny

TAK  / NIE

.....  
Miejscowość

DDMMRRRR

Data

.....  
Podpis Ubezpieczonego lub Rodzica/ Opiekuna Prawnego

.....  
Miejscowość

DDMMRRRR

Data

.....  
Podpis przyjmującego deklarację