

Ze względu na zmieniające się na rynku pracy warunki zatrudnienia (umowa zlecenie, umowa o dzieło, praca za granicą, itp.) nie każdy może skorzystać z grupowego ubezpieczenia pracowniczego. Wychodząc naprzeciw takiej sytuacji, przedstawiamy Państwu nowoczesne ubezpieczenie, które za niską składkę zapewni uzyskanie szerokiej ochrony ubezpieczeniowej Państwu i Państwa najbliższym.

wariant ryzyka:	1	2	3
	wysokość świadczenia (w PLN)		
1. Zgon ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)*	20 000,00	16 000,00	20 000,00
2. Zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku	40 000,00	32 000,00	40 000,00
3. Śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym	55 000,00	44 000,00	55 000,00
4. Zgon w wyniku zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu (karencja 6 m-cy)*		24 000,00	30 000,00
5. Uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego (za 1% uszczerbku)	400,00	320,00	405,00
6. Zgon rodziców ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)*		1 000,00	1 350,00
7. Zgon teścia (karencja 6 m-cy)*		1 000,00	1 350,00
8. Zgon małżonka ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)*		6 000,00	7 600,00
9. Zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku NW		15 000,00	20 250,00
10. Osierocenie dziecka na skutek zgonu ubezpieczonego (karencja 6 m-cy)*		4 000,00	5 400,00
11. Zgon dziecka (karencja 6 m-cy)*		3 500,00	4 725,00
12. Urodzenie dziecka (karencja 10 m-cy)*		1 000,00	1 350,00
13. Urodzenie martwego dziecka (karencja 10 m-cy)*		2 500,00	3 375,00
14. Poważne zachorowanie dziecka (karencja 3 m-ce)*		3 000,00	4 050,00
15. Poważne zachorowanie ubezpieczonego (karencja 3 m-ce)*		3 000,00	4 050,00
16. Leczenie szpitalne (za dzień pobytu)			
a) w wyniku choroby (karencja 3 m-ce)*	30,00	30,00	41,00
b) w wyniku NW	60,00	60,00	81,00
Składka miesięczna (w PLN):	26,80	37,76	47,50

*Karencje nie mają zastosowania do zdarzeń powstałych na skutek nieszczęśliwego wypadku.

Program ten powstał przy współpracy Brokers Union Sp. z o.o. z jednym z wiodących Zakładów Ubezpieczeń w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych i na życie SIGNAL IDUNA Życie Polska Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Wypełnioną deklarację uczestnictwa w umowie Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA znajdującą się na następnych stronach, należy przesłać do Brokers Union Sp. z o.o, ul. Międzyzleska 4, 50-514 Wrocław. Po pozytywnej weryfikacji deklaracji przez Zakład Ubezpieczeń, odeślemy do Państwa potwierdzenie uczestnictwa w ubezpieczeniu wraz z przypisanym indywidualnym numerem rachunku bankowego, na który należy dokonywać płatności składek.



NIE MASZ MOŻLIWOŚCI SKORZYSTANIA
Z GRUPOWYCH UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE?

CHCESZ BYĆ OBJĘTY OCHRONĄ?

od następstw nieszczęśliwych wypadków i na życie?

Deklaracja uczestnictwa w umowie Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA

Deklarację prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem.

1. Ubezpieczający: Brokers Union Sp. z o.o., ul. Międzyzleska 4, 50-514 Wrocław

2. Ubezpieczony

imię i nazwisko:

data urodzenia:

miejsce urodzenia:

płeć: K | M

pesel:

adres do korespondencji (ulica, miejscowość, kod):

telefon:

tel. kom.:

e-mail:

3. Warunki ubezpieczenia

wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (dd.mm.rrrr):

dd	mm	rrrr
01		

częstotliwość opłacania składki: miesięczna

udział ubezpieczonego w składce: 100%

26,80	37,76	47,50
-------	-------	-------

4. Wybieram wariant świadczenia (zaznaczyć znakiem "X"):

--	--	--

5. Informacje dodatkowe

wykonywany zawód:

6. Dane uposażonych

imię i nazwisko	data urodzenia	miejsce urodzenia	stopień pokrewieństwa	udział w świadczeniu (%)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Kwestionariusz medyczny dla osób przystępujących do umowy grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA.

1. Ubezpieczony

wzrost (cm), waga (kg):

zmiana wagi (wzrost lub spadek):

powód:

2. Czy kiedykolwiek Pana/ Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odrzucony lub klasa ryzyka została podwyższona ze względu na stan zdrowia? Jeśli tak, jaki był powód?

TAK | NIE

3. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani stwierdzone choroby lub jakiegokolwiek problemy związane z: (Proszę podać datę rozpoznania, przebieg, wynik i okres leczenia oraz ewentualnej rehabilitacji)

a) UKŁADEM KRAŻENIA (jak nadciśnienie tętnicze, zawał serca, choroba wieńcowa, zmiany w EKG, bóle w klatce piersiowej, szmery w sercu, choroby naczyń krwionośnych itp.)

TAK | NIE

b) UKŁADEM ODDECHOWYM (jak przewlekłe zapalenie oskrzeli, nawracające zapalenie płuc, astma, rozedma, gruźlica, chroniczny kaszel, duszności itp.)

TAK | NIE

c) UKŁADEM POKARMOWYM (jak przewlekły nieżyt żołądka, owrzodzenie żołądka lub dwunastnicy, zapalenie jelita grubego, wątroby lub trzustki itp.)

TAK | NIE

d) UKŁADEM MOCZOWO – PŁCIOWYM (jak białko lub krew w moczu, karmienie nerkowe, zapalenie lub niewydolność nerek, choroby prostaty, zapalenie przydatków, guzy piersi, schorzenia szyjki macicy itp.)

TAK | NIE

e) UKŁADEM NERWOWYM LUB CHOROBYMI UMYSŁOWYMI (jak paraliż, niedowład, padaczka, zapalenie opon mózgowych, utrata przytomności, stwardnienie rozsiane, stany lękowe, psychozy, depresje, próby samobójcze itp.)

TAK | NIE

f) UKŁADEM KRWIOTWÓRCZYM (jak anemia, zmiany w morfologii, zaburzenia krzepliwości krwi, powiększone węzły chłonne itp.)

TAK | NIE

g) UKŁADEM ENDOKRYNNYM LUB ZABURZENIAMI METABOLICZNYMI (jak cukrzyca, dna, podwyższony poziom cholesterolu lub trójglicerydów, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne itp.)

TAK | NIE

h) UKŁADEM RUCHU LUB SKÓRĄ (jak osteoporoza, reumatyzm, bóle i skrzywienie kręgosłupa, wypadanie dysku, zapalenie lub naderwanie ścięgien, zapalenie lub zwyrodnienie stawów, choroby mięśni, łuszczyca, usunięcie znamion skóry itp.)

TAK | NIE

Informacja o stanie zdrowia współmałżonka, dziecka/dzieci, rodziców, teściów

i) CHOROBAMI NOWOTWOROWYMI (jak rak lub innego rodzaju guz, białaczka itp.)

TAK | NIE

j) CHOROBAMI ZAKAŹNYMI, PASOŻYTNICZYMI LUB PRZENOSZONYMI DROGĄ PŁCIOWĄ (jak AIDS, zakażenie wirusem HIV, żółtaczką, choroby wirusowe, pasożytnicze, weneryczne, gorączka reumatyczna itp.)

TAK | NIE

k) INNE CHOROBY NIE WYMIENIONE POWYŻEJ

4. Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie, sanatoryjnie lub ambulatoryjnie? Jeśli tak to proszę podać powód i datę leczenia, jego rezultat, adres placówki i nazwisko lekarza prowadzącego oraz wszelkie posiadane informacje na piśmie dotyczące schorzenia, jego leczenia (karta informacyjna, wyniki badań itp.)

TAK | NIE

5. Czy oczekuje Pan/ Pani na wykonanie zabiegu operacyjnego? Jeśli tak to z jakiego powodu? Proszę podać termin zabiegu.

TAK | NIE

6. Czy w ciągu ostatnich 10 lat poddawał/a się Pan/Pani lub zalecono Panu/Pani poddanie się następującym badaniom diagnostycznym: RTG, USG, angiografia, endoskopia, tomografia komputerowa, urografia, rezonans magnetyczny, mammografia itp.? Jeśli tak, jakim, kiedy, jaki był powód i wynik badania?

TAK | NIE

7. Czy zażywał/a Pan/Pani lub zażywa obecnie jakiegokolwiek przepisane bądź nieprzepisane przez lekarza środki medyczne? Jeśli tak, od kiedy? Proszę podać nazwę leku, dawkę i przyczynę zażywania.

TAK | NIE

8. Czy kiedykolwiek starał/a się Pan/Pani o uzyskanie lub została Panu /Pani przyznana renta inwalidzka lub inna kategoria niezdolności do pracy? Jeśli tak, kiedy została przyznana, na jak długo i z jakiego powodu? Proszę dołączyć pełną dokumentację medyczną.

TAK | NIE

9. Proszę podać nazwisko/nazwę, adres lekarza/przychodni, z których usług korzystał/a Pan/Pani w przeszłości lub korzysta obecnie. Jeśli nie ma Pan/Pani swojego lekarza, proszę podać dane lekarza/przychodni, gdzie dokonywał/a Pan/Pani badania (np. okresowe)

1. Ubezpieczony

2. Współubezpieczeni:

A - Współmałżonek

B - Dziecko

C - Dziecko

D - Dziecko

E - Ojciec

F - Matka

G - Teść

H - Teściowa

Proszę wpisać znak "X" w przypadku odpowiedzi twierdzącej; w przypadku odpowiedzi negatywnej pozostawić pole puste. W przypadku Ubezpieczonego zaznaczenie któregokolwiek pola wyklucza przyjęcie do programu.

	1. Ubezpieczony	2. Współubezpieczeni							
		A	B	C	D	E	F	G	H
zawał mięśnia sercowego									
udar, porażenie									
cukrzyca									
przewlekłe zapalenie trzustki									
nowotwory złośliwe									
gruźlica									
padaczka, choroby psychiczne									
przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C									
AIDS, zakażenie wirusem HIV									

Ja niżej podpisany/a, oświadczam że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku, kwestionariuszu medycznym i informacji o stanie zdrowia są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy/a, że SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. może w przypadku stwierdzenia ich nieprawidłowości odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia w pierwszych trzech latach od daty zawarcia umowy.

Jednocześnie oświadczam, że znane są mi Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie MULTIOCHRONA, obowiązujące w dniu zawarcia umowy.

2. Upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali, do udzielenia SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A. wszelkich informacji dotyczących stanu mojego zdrowia.

3. Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, uprawianych sportach, hobby firmie reasekuracyjnej, która będzie prowadziła reasekurację mojej polisy.

4. Oświadczam, iż przyjmuję na siebie obowiązek opłacania składki

Zostałem/am również poinformowany/a, że:

Dane osobowe podane w niniejszej deklaracji zbierane są na zasadzie dobrowolności, służyć będą ocenie ryzyka i podjęciu decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia, późniejszej obsłudze tej umowy, jak również planowaniu działalności w dziedzinie ubezpieczeń, nie będą nikomu udostępniane, z wyjątkiem wypadków obowiązkowego udzielania informacji, określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych Ubezpieczający/Ubezpieczony ma prawo do wglądu do swoich danych oraz prawo ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SIGNAL IDUNA Życie Polska T.U. S.A z siedzibą w Gdańsku oraz Brokers Union Sp. z o.o. z siedzibą we Wrocławiu zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 1997r. Nr 133, poz. 833)

miejscość:

data (dd.mm.rrrr):

własnoręczny podpis Ubezpieczonego: