Wniosek o zawarcie umowy Terminowego Ubezpieczenia na Życie

SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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

Numer wniosku | Numer polisy

1. POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY

Numer Pośrednika | Nazwa pośrednika

Imię i nazwisko Agenta | Numer RAU OFWCA

Telefon Agenta | E-mail

Dane pracownika SIGNAL IDUNA

2. NUMER KONTA DO WPŁATY PIERWSZEJ SKŁADKI

SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.

93 1240 2092 9341 0011 0000 0000 W tytule proszę podać: imię/nazwisko Ubezpieczonego i Pesel, z dopiskiem: **wpłata pierwszej składki**

3. 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** ☐ **Spółka Akcyjna** ☐ **Inna (jaka?)**

*jeżeli notowania na rynku regulowanym – podać gdzie

☐ 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

Data urodzenia (D D M M R R R R) | Państwo urodzenia | Obywatelstwo

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Adres zamieszkania/ Siedziba Firmy

Kraj | Kod pocztowy – | Poczta

Miejscowość

Ulica | Numer domu | Numer lokalu

Telefon kom. | E-mail

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

Kraj | Kod pocztowy – | Poczta

Miejscowość

Ulica | Numer domu | Numer lokalu

Wyrażam zgodę na przekazanie polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną na podany adres e-mail ☐ TAK ☐ NIE

Wypełnić, gdy Ubezpieczający nie jest osobą fizyczną (pola imię i nazwisko oraz data urodzenia/ PESEL są polami obowiązkowymi)

Dane Reprezentanta:

Imię i nazwisko	*Data urodzenia* (D D M M R R R R)	*PESEL*	*Państwo urodzenia*

W przypadku konieczności zwrotu składki ubezpieczeniowej proszę o przekazanie należnych środków:

☐ Przelew bankowy | Numer rachunku bankowego:

Imię i Nazwisko właściciela rachunku

☐ Inna forma wypłaty:

SIŻ 2416/07.18

*dotyczy działalności gospodarczej **pole nieobowiązkowe

4. UBEZPIECZONY *(proszę wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym)*

PESEL Nr dowodu osob./paszportu

Nazwisko

Pierwsze imię Drugie imię

Data urodzenia D D M M R R R R Obywatelstwo

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Adres zamieszkania

Kraj Kod pocztowy – Poczta

Miejscowość

Ulica Numer domu Numer lokalu

Telefon kom. E-mail

Adres korespondencyjny (proszę wypełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres zamieszkania)

Kraj Kod pocztowy – Poczta

Miejscowość

Ulica Numer dom Numer lokalu

**pole nieobowiązkowe*

5. UPOSAŻENI

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym	Udział w świadczeniu %
1.	D D M M R R R R		
2.	D D M M R R R R		
3.	D D M M R R R R		
4.	D D M M R R R R		

6. ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA

Rodzaj umowy		Zakres ochrony ubezpieczeniowej	Suma Ubezpieczenia w PLN	Okres Ubezpieczenia w latach	Składka w PLN
GŁÓWNA	☐	Śmierć Ubezpieczonego Indeksacja*: ☐ **TAK** ☐ **NIE**			
DODATKOWA	☐	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku		zgodnie z Umową Główną	
	☐	Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku w ruchu lądowym, wodnym i powietrznym			
	☐	Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego ☐ wariant podstawowy ☐ wariant rozszerzony		5 LAT	
	☐	Niezdolność do Pracy lub Niezdolność do Samodzielnej Egzystencji Ubezpieczonego			
	☐	Operacje Chirurgiczne Ubezpieczonego			
	☐	Leczenie Szpitalne Ubezpieczonego			
				SKŁADKA ŁĄCZNA	

Częstotliwość opłacania składki: ☐ miesięcznie ☐ kwartalnie ☐ półrocznie ☐ rocznie

Wnioskowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: D D M M R R R R

**stosuje się odpowiednio do Umowy Dodatkowej z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku oraz z tytułu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku w ruchu lądowym, wodnym i powietrznym – o ile zostały wybrane.*

7. INFORMACJE DODATKOWE

Zawód wykonywany przez Ubezpieczonego:

Rodzaj zatrudnienia ☐ działalność gospodarcza ☐ umowa o pracę ☐ umowa zlecenie/ umowa o dzieło

☐ inne, jakie?

Dochód miesięczny brutto *(dot. Ubezpieczającego)* PLN lub Źródło finansowania składki *(w przypadku osób niezatrudnionych)*

1. Proszę określić rodzaj/ charakter wykonywanej przez Pana(ą) pracy zawodowej

☐ narażenie na bodźce termiczne ☐ praca pod ziemią ☐ narażenie na duże zapylenie ☐ bezrobotny

☐ praca na wysokości ☐ praca umysłowa ☐ praca fizyczna ☐ inne

2. Czy do celów służbowych używa Pan(i) samochodu? ☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK, to:

a) Jaki to samochód? ☐ osobowy ☐ ciężarowy ☐ dostawczy

Jeśli ciężarowy, to jakie materiały Pan(i) przewozi?:

b) Ile kilometrów przejeżdża Pan(i) miesięcznie? km

3. Czy uprawia Pan(i) jakikolwiek sport/ hobby? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to jaki? Wyczynowo, czy amatorsko? Proszę podać szczegóły dotyczące rodzaju, częstotliwości oraz posiadanych patentów i licencji.

4. Czy aktualnie posiada Pan(i) umowę ubezpieczenia na Życie? ☐ TAK ☐ NIE

Towarzystwo Ubezpieczeń

Łączna suma ubezpieczenia PLN

5. Czy kiedykolwiek Pana(i) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odrzucony, odroczony lub klasa ryzyka została podwyższona ze względu na stan zdrowia? ☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK, to w jakim Towarzystwie Ubezpieczeń i jaki był powód?

8. BENEFICJENT RZECZYWISTY

Beneficjent Rzeczywisty 1:

Imię	Nazwisko	Data urodzenia (D D M M R R R R)	Obywatelstwo

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:
jest ☐ / nie 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	Nazwisko	Data urodzenia (D D M M R R R R)	Obywatelstwo

Oświadczam, że mój beneficjent rzeczywisty:
jest ☐ / nie 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 sie pod adresem:
https://www.signal-iduna.pl/signaliduna/lad-korporacyjny/

9. DANE MEDYCZNE UBEZPIECZONEGO – Kwestionariusz Medyczny

Szanowni Państwo,
Wiedza o Państwa stanie zdrowia, pozwoli SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. na szczegółową indywidualną ocenę ryzyka związanego z zawieraną umową ubezpieczenia. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK" prosimy o szczegółową odpowiedź na zadane pytanie w tabeli poniżej. Uzyskane informacje są poufne, służą jedynie SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. do indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego. (Jeśli nie ma wystarczającej ilości miejsca na udzielenie pełnej odpowiedzi, prosimy o dołączenie oddzielnej, podpisanej przez Ubezpieczonego kartki ze szczegółowymi wyjaśnieniami.)

Pytania do osoby wnioskującej o ubezpieczenie:

1. Pytania ogólne: (proszę każdorazowo udzielić odpowiedzi)	**TAK**	**NIE**
Czy wykonuje Pan(i) pracę o podwyższonym ryzyku (np.: ryzyko związane z lataniem, pracą z materiałami wybuchowymi, środkami radioaktywnymi, trującymi, zakaźnymi, pobytem na terenie objętym działaniami wojennymi) lub też uprawia Pan(i) zajęcia sportowe lub rekreacyjne o ryzykownym charakterze (np.: lotnictwo, sporty powietrzne, latanie na lotni lub paralotniarstwo, spadochroniarstwo, sporty samochodowe, motorowe, wyścigi, alpinistyka, nurkowanie, sporty walki, inne sporty ekstremalne)? Jeśli tak, to jakie?	☐	☐

Wzrost (cm):	**Waga (kg):**

Dane lekarza prowadzącego/pierwszego kontaktu w kwestii stanu Pańskiego zdrowia (nazwisko, adres):

2. Pytania dotyczące stanu zdrowia	**TAK**	**NIE**	
2.1. Czy w ciągu ostatnich 10 lat cierpiał(a) Pan(i) na choroby, dolegliwości lub zaburzenia funkcjonowania:	☐	☐	**Jeśli odpowiedź brzmi TAK, prosimy o odpowiedź na poniższe pytania w tabeli umieszczonej na str. 6 wniosku.** • Kiedy? • Opis schorzenia? • Następstwo?
• serca i/lub układu krążenia (np.: nadciśnienie, zaburzenia przepływu krwi/ schorzenia związane z ukrwieniem, wada serca, zaburzenia rytmu serca, udar, leczone zawroty głowy, zator, zakrzep, dolegliwości żył, inne)?	☐	☐	
• układu oddechowego (np.: astma, przewlekłe zapalenie oskrzeli, katar sienny lub inne alergie, bezdech senny, zapalenie opłucnej, inne)?	☐	☐	
• żołądka, dwunastnicy, trzustki, wątroby, pęcherzyka żółciowego, jelita (np. nawracające stany biegunkowe, niestrawność, choroba wrzodowa żołądka, dwunastnicy, jelit, choroba Crohna, Colitis ulcerosa, zaburzenia czynności wątroby, marskość, żółtaczka, inne)?	☐	☐	
• mózgu i/lub układu nerwowego (np.: niedowład, drgawki, padaczka, stwardnienie rozsiane, paraliż, przewlekłe bóle i/lub zawroty głowy, inne)?	☐	☐	
• przemiany materii (np.: cukrzyca, podwyższony poziom kwasu moczowego/ artretyzm, podwyższony poziom cholesterolu, lipidów we krwi, schorzenia tarczycy, inne.)?	☐	☐	
• krwi oraz choroby nowotworowe (np.: niedokrwistość, hemofilia, niedobór żelaza, białaczka, nowotwory, inne)?	☐	☐	
• ostre lub przewlekłe (np. infekcje, malaria, gruźlica, inne)?	☐	☐	
• układu psychosomatycznego i/lub psychicznego (np.: stany lękowe, zaburzenia odżywiania, zespół jelita drażliwego, nerwica, depresja, nadpobudliwość – ADS/ADHS, psychoza, schizofrenia, próba samobójcza, inne)?	☐	☐	
• nerek, pęcherza, narządów płciowych/ rozrodczych (np.: kamica nerkowa, zapalenie/niewydolność nerek, zapalenie pęcherza, krew lub białko w moczu, mięśniaki/polipy macicy, torbiele, inne), piersi? W przypadku narządów płciowych/ rozrodczych proszę podać typ zmiany: łagodne czy złośliwe?	☐	☐	
• skóry (np.: egzema, alergia, atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, zmiany barwnikowe, poparzenie od II stopnia, inne)? W przypadku usunięcia znamienia lub zmiany barwnikowej proszę podać typ zmiany: łagodne czy złośliwe?	☐	☐	
• choroby kręgosłupa, dyskopatia, choroby mięśni lub stawów?	☐	☐	
• inne niewymienione powyżej choroby ?	☐	☐	
2.2. Czy zażywa lub zażywał(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 10 lat środki odurzające/ narkotyki lub był(a) Pan(i) w tym okresie leczony(a) z powodu skutków zażywania alkoholu, środków odurzających lub narkotyków?	☐	☐	**Jeśli odpowiedź brzmi TAK, prosimy o odpowiedź na poniższe pytania w tabeli umieszczonej na str. 6 wniosku.** • Nazwa przyjmowanych środków? • Kiedy? • Jak długo? • Dane specjalisty?
2.3. Czy został(a) Pan(i) poddany(a) zabiegowi/ zabiegom szpitalnym w ciągu ostatnich 10 lat i/lub ambulatoryjnym w ciągu ostatnich 5 lat (w tym zabiegom laserowym) oraz czy przebywał(a) Pan(i) w szpitalu, sanatorium i/lub placówce rehabilitacyjnej?	☐	☐	• Z jakiego powodu? • Kiedy? • Skutki leczenia?
2.4. Czy jest lub czy był(a) Pan(i) w ciągu ostatnich 5 lat leczony(a) i/lub jest/był(a) Pan(i) poddany(a) diagnostyce i/lub poradom lekarzy, psychologów, psychoterapeutów lub osób zajmujących się praktyką lekarską (np.: rehabilitantów, fizjoterapeutów)?	☐	☐	• Kiedy? • Z jakiego powodu? • Dane specjalisty?
2.5. Czy przyjmował(a)/przyjmuje Pan(i) leki zapisane przez lekarza w ciągu ostatniego roku? Czy przyjmował(a)/przyjmuje Pan(i) leki niewymagające recepty przez okres dłuższy niż 7 dni w ciągu ostatniego roku?	☐	☐	• Nazwa leku? • Powód zażywania? • Kiedy? • Z jaką częstotliwością?
2.6. Czy pali Pan(i) więcej niż 20 papierosów dziennie?	☐	☐	• Ilość wypalonych dziennie papierosów?
2.7. Czy stwierdzono u Pana(i) zakażenie wirusem HIV? (pozytywny wynik testu na AIDS)	☐	☐	• Kiedy?
2.8. Czy w wynikach badań profilaktycznych w ostatnich 5 latach stwierdzono zmiany chorobowe wymagające kontroli lub leczenia?	☐	☐	• Kiedy? • Jaka diagnoza?
2.9 Czy u Pan(i) najbliższych krewnych (rodzice, rodzeństwo) stwierdzono przed 60 rokiem życia występowanie chorób serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, stwardnienia rozsianego, choroby (pląsawicy) Huntingtona, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, zwyrodnienia torbielowatego (wielotorbielowatości) nerek, polipowatości, choroby jelita grubego lub występowanie innej choroby dziedzicznej lub wrodzonej?	☐	☐	• Stopień pokrewieństwa? • Wiek? • Powód?

Jeśli chciał/a/by Pan(i) podać inne informacje związane z kwestionariuszem, może Pan(i) uczynić to tutaj:

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK", proszę wypełnić poniższą tabelę dodatkowych informacji

Nr pytania	Rozpoznanie/ diagnoza, rodzaj dolegliwości, nazwa leków i dzienne dawkowanie, procentowy uszczerbek w przypadku niezdolności do pracy/ inwalidztwa, okres niezdolności do pracy w przeciągu ostatnich 5 lat	Dane dotyczące chorób, prowadzonego leczenia oraz przeprowadzonych badań		Dane dotyczące chorób, prowadzonego leczenia oraz przeprowadzonych badań		Następstwa tak/ nie	Nazwisko, adres lekarza/y, szpitala, sanatorium, kliniki jednego dnia, placówki ambulatoryjnej
		Prowadzone w warunkach ambulatoryjnych od kiedy – do kiedy	Prowadzone w warunkach szpitalnych od kiedy – do kiedy	Przeprowadzone w warunkach ambulatoryjnych tak/ nie	Przeprowadzone w warunkach szpitalnych tak/ nie		

10. OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

a) Oświadczam świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, że w rozumieniu Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu:

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

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

b) Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A, w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, może 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. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Oświadczam, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
4. Oświadczam, że otrzymałem(am) Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
5. Potwierdzam otrzymanie Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

1. Wszystkie dane zawarte w tym wniosku oraz w kwestionariuszu medycznym są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Jestem świadomy(a), że SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości, może odmówić wypłaty świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa.
2. Wyrażam zgodę na występowanie w trybie przepisów art. 38 ust. 1-9 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez SIGNAL IDUNA Życie 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 powołanych przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej (w szczególności mojego stanu zdrowia i udzielonych mi usług zdrowotnych, z wyłączeniem wyników badań genetycznych), 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 udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym.
3. Upoważniam personel medyczny, w tym każdego lekarza, grupową praktykę lekarską, a także każdą placówkę służby zdrowia, która posiada o mnie informacje do ujawnienia ich treści SIGNAL IDUNA Życie 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 Życie Polska TU S.A. o powyższe informacje w tym o kserokopię dokumentacji medycznej do ww. podmiotów.
4. Wyrażam zgodę na wykonywanie badań laboratoryjnych włącznie z pobraniem próbki krwi w kierunku przeciwciał anty-HIV.
5. Zostałem(am) poinformowany(a), że w przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. może zaproponować inne warunki ubezpieczenia lub odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Oświadczam, że doręczone mi zostały Ogólne Warunki Ubezpieczenia, a także inne warunki umowy obowiązujące w dniu zawarcia umowy.
7. Oświadczam, że otrzymałem(am) Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a w przypadku zawarcia umowy, w celu jej wykonania.
9. Potwierdzam otrzymanie Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej.

11. ZGODY MARKETINGOWE

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

	Ubezpieczający	**Ubezpieczony**
	TAK ☐ / **NIE** ☐	**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. Przyokopowa 31, 01-208 Warszawa, informacji handlowo-marketingowych przesyłanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i automatycznych systemów wywołujących, wybierając, jako formę kontaktu:

	Ubezpieczający	**Ubezpieczony**
wiadomości SMS/MMS	**TAK** ☐ / **NIE** ☐	**TAK** ☐ / **NIE** ☐
wiadomości e-mail	**TAK** ☐ / **NIE** ☐	**TAK** ☐ / **NIE** ☐
telefoniczny	**TAK** ☐ / **NIE** ☐	**TAK** ☐ / **NIE** ☐

12. PODPISY

Miejscowość	Data	Czytelny podpis Ubezpieczającego	Czytelny podpis Ubezpieczonego / Przedstawiciela ustawowego
	D D M M R R R R		

Poświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia zawarte w niniejszym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego/ Przedstawiciela ustawowego w mojej obecności.

Miejscowość	Data	Czytelny podpis Pośrednika
	D D M M R R R R	

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Ubezpieczyciel udziela osobie wskazanej we wniosku o zawarcie umowy terminowego ubezpieczenia na życie jako Ubezpieczony tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku od dnia następnego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki. Za nieszczęśliwy wypadek przyjmuje się nagłe, gwałtowne i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną niezależną od woli Ubezpieczonego.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia zaproponowanej we wniosku o zawarcie umowy, nie więcej jednak niż w kwocie stu tysięcy złotych. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie osobom wskazanym we wniosku o zawarcie umowy jako Uposażeni, stosownie do przypadających im części, pod warunkiem, iż śmierć oraz nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci osoby wskazanej jako Ubezpieczony miały miejsce w trakcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli śmierć osoby wskazanej we wniosku o zawarcie umowy terminowego ubezpieczenia na życie jako Ubezpieczony nastąpiła w wyniku:

- popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa,
- działań wojennych lub stanu wojennego, czynnego udziału w aktach przemocy lub terroru, rozruchach bądź zamieszkach,
- pozostawiania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych lub środków farmakologicznych, za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza oraz w sposób przez niego określony,
- prowadzenia pojazdu lądowego, powietrznego lub wodnego bez wymaganych uprawnień, bądź pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
- udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, powietrznych lub wodnych jako kierowca bądź pomocnik kierowcy lub pasażer, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd testowych oraz próbnych,
- wypadku lotniczego, o ile ubezpieczony nie pozostawał pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
- uprawiania spadochroniarstwa, base jumpingu, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, sportów motocyklowych, motorowych lub motoro-wodnych, uprawiania wspinaczki górskiej lub skałkowej, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem, speleologii, skoków na gumowej linie, heliskiingu, raftingu oraz wszystkie jego odmian, surfingu, windsurfingu lub kitesurfingu.

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zawarcia umowy terminowego ubezpieczenia na życie bądź otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa ponadto z dniem doręczenia podmiotowi wskazanemu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczający decyzji o odmowie akceptacji przez Ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego, wraz z upływem terminu wskazanego w wezwaniu dostarczenia dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz z dniem śmierci osoby wskazanej we wniosku jako Ubezpieczony.

W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli nie doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca wpłaconą składkę niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż siedem dni od wygaśnięcia ochrony.

Prezes Zarządu

Jürgen Reimann

Wiceprezes Zarządu

Agnieszka Kiełbasińska