



WNIOSK O ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM - PROFIT -

Pieczęć oddziału SKOK

Numer wniosku: _____

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko PESEL

Ulica i numer Telefon

Kod i miejscowość e-mail

UPOSAŻENI

Imię i Nazwisko/Nazwa	PESEL/Data urodzenia/ REGON/NIP	Adres	Udział w %

STRUKTURA INWESTOWANIA SKŁADEK

Rodzaj ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Procent
1. UFK RYNKU PIENIĘŻNEGO SALTUS TU ŻYCIE SA	
2. UFK STABILNY ZMIENNEJ ALOKACJI SALTUS TU ŻYCIE SA	
3. UFK AKTYWNY ZMIENNEJ ALOKACJI SALTUS TU ŻYCIE SA	
Suma:	100 %

Wysokość pierwszej składki: **zł (słownie** _____ **)**

ANKIETA – POZNAJ SWOJEGO KLIENTA

Źródło pochodzenia środków przekazywanych tytułem składki	<input type="checkbox"/> wynagrodzenie za pracę <input type="checkbox"/> działalność gospodarcza <input type="checkbox"/> renta/emerytura <input type="checkbox"/> stypendium <input type="checkbox"/> alimenty <input type="checkbox"/> dopłaty unijne <input type="checkbox"/> sprzedaż majątku <input type="checkbox"/> inne (jakie?)		
Przedmiot działalności (wypełnić wyłącznie w przypadku zaznaczenia w wierszu powyżej opcji „działalność gospodarcza”)	<input type="checkbox"/> lombard <input type="checkbox"/> złom <input type="checkbox"/> kantor <input type="checkbox"/> paliwa/materiały opałowe <input type="checkbox"/> import/eksport <input type="checkbox"/> consulting/doradztwo <input type="checkbox"/> żadna z wyżej wymienionych działalności		
Na jak długo zamierza Pan/Pani zawrzeć umowę ubezpieczenia?	<input type="checkbox"/> do 1 roku <input type="checkbox"/> powyżej 1 roku		
Jaką wysokość środków zamierza Pan/Pani przeznaczyć na składkę w przeliczeniu na okres jednego roku?	<input type="checkbox"/> do 3.000 zł <input type="checkbox"/> powyżej 3.000 zł		
Czy jest Pan/Pani ubezpieczony/a na życie w innych Towarzystwach Ubezpieczeń?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> do 5 Towarzystw <input type="checkbox"/> powyżej 5 Towarzystw	
Czy korzysta Pan/Pani z usług innych podmiotów oferujących fundusze inwestycyjne lub kapitałowe?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> do 5 podmiotów <input type="checkbox"/> powyżej 5 podmiotów	

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Składając niniejszy wniosek, oświadczam, że znana mi jest treść i zostały mi doręczone:

- Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym - PROFIT,
- Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego – PROFIT,
- Tabela Limitów i Opłat dla umów Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – PROFIT,

stanowiące podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że akceptuję ich treść.

Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące pośrednika ubezpieczeniowego, zgodnie z wymogami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące ww. ubezpieczenia w formie Karty Produktu i informacji o produkcie.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez SALTUS TU ŻYCIE SA, za życia bądź po mojej śmierci - w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia - informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem badań genetycznych) obejmujących lub dotyczących:

- 1) przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań oraz o wyników sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
 - 2) przyczyn leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań;
 - 3) wyników przeprowadzonych konsultacji;
 - 4) przyczyny śmierci,
- u każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub lecę albo zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS TU ŻYCIE SA przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnianie innemu zakładowi ubezpieczeń (na jego pisemne żądanie) przez SALTUS TU ŻYCIE SA moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez Towarzystwo informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez SALTUS TU ŻYCIE SA, za życia bądź po mojej śmierci, informacji z Narodowego Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliłi lub udziela mi świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności SALTUS TU ŻYCIE SA oraz wysokości świadczenia.

Niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, są zgodne z prawdą.

Miejscowość i data	Czytelny podpis Ubezpieczającego
--------------------	----------------------------------

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (dalej: SALTUS TU ŻYCIE SA) z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów lub usług Towarzystwa po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej - bezterminowo.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SALTUS TU ŻYCIE SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej: SALTUS TUW) z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SALTUS TU ŻYCIE SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług Asekuracji sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SALTUS TU ŻYCIE SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SALTUS TU ŻYCIE SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług SALTUS TUW z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SALTUS TU ŻYCIE SA z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Asekuracji sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.

TAK NIE

Miejscowość i data	Czytelny podpis Ubezpieczającego
--------------------	----------------------------------

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (j.t. Dz.U. z 2016 r., poz. 922) informujemy, że:

- 1) SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, jest administratorem Pana/i danych osobowych;
- 2) Pana/i dane osobowe przetwarzane są w celu:
 - a) zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych i przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2017 r., poz. 1170);
 - b) marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług Towarzystwa, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 4 pkt 1 w zw. z art. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych oraz na podstawie wyrażonej przez Pana/ią zgody, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych;
 - c) marketingu bezpośredniego produktów i usług SALTUS TUW oraz Asekuracji sp. z o.o. prowadzonego przez Towarzystwo, na podstawie wyrażonej przez Pana/ią zgody, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych;
- 3) przysługuje Panu/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania;
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne;

5) dane osobowe będą udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa albo Pana/i dobrowolnie wyrażonej zgody.

(wypełnia uprawniony pracownik SKOK)

Potwierdzenie przyjęcia wniosku

Imię i nazwisko	Kod pracownika	Pieczęć i podpis
Adres e-mail		

ZAŁĄCZNIKI:

przedłożyć dokument tożsamości