



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. (42) 63 44 700, fax (42) 63 77 430
Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi
KRS 000005751, NIP 654-100-15-22
Kapitał zakładowy wcaony: 42 774 700 PLN

Deklaracja zgody

Rodzina & Odpowiedzialność Grupowe ubezpieczenie na życie Razem bezpiecznie

Prosimy o czytelne wypełnianie drukowanymi literami

Ubezpieczający: _____ Numer polisy: _____

Wnioskujący Ubezpieczony: _____ Pleć** K M

Nazwisko: _____ Imiona: _____ PESEL: _____

Adres zamieszkania: _____
Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ Ulica, nr domu, nr mieszkania: _____ Status prawny*: _____

Adres korespondencyjny: _____
Kod pocztowy: _____ Miejscowość: _____ Ulica, nr domu, nr mieszkania: _____ Branża pracodawcy*: _____

Adres e-mail: _____ Nr telefonu: _____
na który będą przesyłane wszelkie informacje dotyczące Umowy Ubezpieczenia

Identyfikacja Ubezpieczonego: Obywatelstwo polskie Inne, jakie? _____

Dokument tożsamości**: dowód osobisty karta pobytu paszport seria i nr _____ kraj wydania _____

Warunki ubezpieczenia: suma ubezpieczenia **15 000 zł** składka mies. **51 zł** wariant **D** taryfa **D03**

Nr rachunku bankowego Ubezpieczonego: _____

Wnioskowany termin rozpoczęcia ochrony (po akceptacji UNIQA TU na Życie S.A.) _____

Zakres ochrony / Wysokość świadczeń / Ryczałt na podstawie OWU i taryfy:	Kwota
zgon Ubezpieczonego	15 000 zł
zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
zgon Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	15 000 zł
zgon Ubezpieczonego z powodu udaru mózgu lub zawału serca; traktując ten zgon jako zgon w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	15 000 zł
powstanie u Ubezpieczonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku za 1% orzeczonego Trwałego uszczerbku	300 zł
powstanie u Ubezpieczonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu - za 1% uszczerbku	300 zł
na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	10 000 zł
pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Nieszczęśliwego wypadku	70 zł
pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu z innych powodów niż Nieszczęśliwy wypadek	35 zł
pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na OIOM z powodu choroby lub Nieszczęśliwego wypadku	60 zł
poddanie się określonej w OWU Operacji chirurgicznej przez Ubezpieczonego	1 500 zł
świadczenie rekonwalescencyjne	30 zł
na wypadek określonego Ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego	4 000 zł
zgon Współmałżonka Ubezpieczonego	6 000 zł
zgon Współmałżonka Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku	6 000 zł
urodzenie się Dziecka żywego Ubezpieczonemu	800 zł
urodzenie się Dziecka martwego Ubezpieczonemu	1 500 zł
zgon Dziecka Ubezpieczonego	1 500 zł
urodzenie się Dzieci w wyniku ciąży mnogiej	400 zł
na wypadek osierocenia Dziecka Ubezpieczonego	2 100 zł
na wypadek określonego Ciężkiego zachorowania Dziecka Ubezpieczonego	1 800 zł
powstanie u Dziecka Ubezpieczonego Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku za 1% orzeczonego trwałego uszczerbku	60 zł
pobyt Dziecka Ubezpieczonego w Szpitalu z powodu Nieszczęśliwego wypadku	25 zł
na wypadek zgonu rodziców i teściów Ubezpieczonego	1 000 zł
Assistance Ubezpieczonego na podstawie OWUD "Medical Assistance"	TAK

Uprawniony:

1. _____ udział (%) _____
Nazwisko: _____ Imiona: _____ PESEL lub data urodzenia (rok, miesiąc, dzień): _____
Adres korespondencyjny: _____

2. _____ udział (%) _____
Nazwisko: _____ Imiona: _____ PESEL lub data urodzenia (rok, miesiąc, dzień): _____
Adres korespondencyjny: _____

3. _____ udział (%) _____
Nazwisko: _____ Imiona: _____ PESEL lub data urodzenia (rok, miesiąc, dzień): _____
Adres korespondencyjny: _____

_____ podpis Wnioskującego Ubezpieczonego

Oświadczenie dotyczące:

Stanu zdrowia Wnioskującego/Ubezpieczonego

Na zapytanie UNIQA TU na Życie S.A. oświadczam, iż:

1. Obecnie nie choruję, ani w przeszłości nie chorowałam/em i nie została u mnie rozpoznana żadna z wymienionych chorób: zawał, stenocardia/choroba wieńcowa, wady serca, tętniak, nadciśnienie tętnicze, astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, pylica, gruźlica, udar, wylew, choroba Parkinsona, zapalenie stawów (RZS, ZZSK), endoproteza stawu biodrowego, rwa kulszowa, białaczka, nowotwór złośliwy, AIDS (w tym zakażenie HIV), niewydolność nerek, cukrzyca, hiperlipidemia, hipercholesterolemia, hipertroji glicerydemia, dna moczanowa, niewydolność wątroby, żółtaczka w tym WZW typu A,B,C; depresję, schizofrenię.
2. Nie mam orzeczonej niepełnosprawności i nigdy nie przebywałam / przebywałem na rencie.
3. Nie przebywałam / przebywałem w ciągu 3 ostatnich lat na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (za wyjątkiem ciąży).

W przypadku podania przez Ubezpieczonego nieprawdziwych informacji, Towarzystwo w okresie pierwszych 3 lat od objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego lub zawarcia Umowy Ubezpieczenia z danym Ubezpieczającym ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, w szczególności, gdy ta informacja zwiększyła prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku gdy do podania nieprawdziwej informacji lub zatajenia informacji doszło w sposób umyślny, w razie wątpliwości co do skutków takich informacji przyjmuje się, że wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego są następstwem podania tychże informacji.

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane w deklaracji zgody są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą oraz zostały przekazane w dobrej wierze. Zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA TU na Życie S.A. moich danych osobowych podanych w oświadczeniu w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy Ubezpieczenia oraz upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do udostępnienia wyżej wymienionych danych osobowych towarzystwom reasekuracyjnym na potrzeby związane z Umową Ubezpieczenia i działalnością ubezpieczeniową.

Oświadczenie zawodowe

Na zapytanie UNIQA TU na Życie S.A. oświadczam, iż: nie wykonuję żadnego z wymienionych w niniejszym oświadczeniu zawodów:

Pracownik budowlany (praca na wysokości powyżej 4 m, przy rozbiórkach budynków, pod ziemią), pracownik tartaku, pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, pracownik platformy wiertniczej, pracownik leśny, artysta cyrkowy, kaskader, sportowiec, pilot, nurek, kierowca rajdowy, kierowca przewożący ładunki niebezpieczne i wybuchowe lub pracownik wykonujący zawody z wykorzystaniem takich materiałów, pracownik służb mundurowych (w tym między innymi: żołnierz zawodowy, funkcjonariusze służb specjalnych lub formacji zbrojnych, strażak, policjant, strażnik miejski) oraz inni pracownicy posiadający broń, marynarz / rybak, ratownik górski, wodny, lotniczy, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1kV, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego, operator dźwigów i suwnic.

W przypadku podania przez Ubezpieczonego nieprawdziwych informacji, Towarzystwo w okresie pierwszych 3 lat od objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego lub zawarcia Umowy Ubezpieczenia z danym Ubezpieczającym ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, w szczególności, gdy ta informacja zwiększyła prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku gdy do podania nieprawdziwej informacji lub zatajenia informacji doszło w sposób umyślny, w razie wątpliwości co do skutków takich informacji przyjmuje się, że wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego są następstwem podania tychże informacji.

TAK, mogę podpisać niniejsze oświadczenia**



NIE, nie mogę podpisać niniejszych oświadczeń**



.....
podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

Oświadczenia

Potwierdzam otrzymanie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Rodzina & Odpowiedzialność Grupowe ubezpieczenie na Życie Razem bezpieczniej zatwierdzonych Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. Nr 58/2013 z dnia 29 maja 2013r. wraz z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Dodatkowego „Medical Assistance” zatwierdzonymi Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. Nr 5/2012 z dnia 10 stycznia 2012r. oraz Tabeli Procentowej Ubezpieczki na Zdrowiu, z którymi zapoznałam/em się przed wypełnieniem deklaracji zgody i na podstawie których przystępuję do Umowy Ubezpieczenia.

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane zawarte w niniejszej deklaracji zgody są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą oraz zostały przekazane w dobrej wierze. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie Umowy Ubezpieczenia i może skutkować zwolnieniem Ubezpieczyciela z odpowiedzialności. Znamy mi są konsekwencje udzielenia nieprawdziwych informacji w deklaracji zgody określone w Ustawie - Kodeks Cywilny z dn. 23 kwietnia 1964r. (Dz. U. Nr 16 poz. 93, ze zm.).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna na potrzeby związane z Umową Ubezpieczenia, oceną ryzyka oraz w przyszłości dla celów archiwalnych. Upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do udostępniania ww. danych towarzystwom reasekuracyjnym. Zgodnie z art. 22 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2010r. Nr 11 poz.66, ze zm.) upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do wglądu w dokumentację medyczną i zwracania się w moim imieniu do zakładów opieki zdrowotnej i lekarzy medycyny o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniu prawa do świadczenia z tytułu zawartej Umowy Ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie zgonu, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Podmioty, o których mowa zwalniają z zachowania tajemnicy lekarskiej wobec UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.

Ponadto w przypadku stwierdzenia przez UNIQA TU na Życie S.A. jakichkolwiek niejasności lub podwyższonego ryzyka wyrażam zgodę na uzupełnienie deklaracji zgody i rozszerzenie zakresu udzielonych przeze mnie informacji o dodatkowe pytania lub dokumenty w ramach niniejszej Umowy Ubezpieczenia.

Zostałam/em poinformowana/y, że:

- a) administratorem moich danych osobowych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Łodzi (90-520), ul. Gdańska 132,
- b) dane osobowe są zbierane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy Ubezpieczenia,
- c) odbiorcami danych są podmioty wskazane w Ustawie z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (tj. Dz. U. 2010r. Nr 11 poz. 66, ze zm.),
- d) podanie danych jest obowiązkowe, posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. (Dz. U. 2002r. Nr 101 poz. 926 ze zm.).

Wyrażam zgodę**



Nie wyrażam zgody**



na przetwarzanie moich danych osobowych, również po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej dla celów marketingu bezpośredniego produktów i usług przez UNIQA TU na Życie S.A., a także UNIQA TU S.A.

.....
podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę**



Nie wyrażam zgody**



na przesłanie informacji handlowych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna na wskazany adres poczty elektronicznej, a także telefonicznie, telefaksem lub innym środkiem komunikacji elektronicznej, także po rozwiązaniu Umowy Ubezpieczenia oraz na składanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna oświadczeń i przekazywanie informacji dotyczących udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w ramach zawartej Umowy Ubezpieczenia, które łączą mnie z UNIQA TU na Życie S.A. z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej.

.....
podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

.....
data i miejscowość

.....
nr i podpis pośrednika / reprezentant UNIQA TU na Życie S.A.

.....
podpis Ubezpieczającego

.....
data i podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

* - Do deklaracji należy wprowadzić w wymaganych polach dane o Branży i Statusie Prawnym Pracodawcy Ubezpieczonego zgodnie z poniższą tabelą:

BRANŻA PRACODAWCY UBEZPIECZONEGO (W polu należy podać kod wyboru z poniższej listy):		STATUS PRAWNY PRACODAWCY UBEZPIECZONEGO (W polu należy podać kod wyboru z poniższej listy):			
KOD	Branża pracodawcy Ubezpieczonego	KOD	Branża pracodawcy Ubezpieczonego	KOD	Nazwa statusu prawnego Ubezpieczonego
01	Bankowość / finanse / ubezpieczenia	10	Usługi transportowe	01	osoba fizyczna
02	Edukacja / nauka / kultura	11	Górnictwo	02	osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
03	Administracja / sektor publiczny	12	Usługi	03	osoba fizyczna wykonująca wolny zawód
04	Służba zdrowia	13	Turystyka / hotelarstwo	00	Inne- wpisać jakie :.....
05	IT / telekomunikacja	14	Rolnictwo		
06	Energetyka	15	Służby mundurowe		
07	Usługi prawnicze	16	Budownictwo		
08	Handel	17	Marketing / reklama		
09	Przemysł	18	Inne : wpisać jakie:		

** - odpowiednie zakreślić