UNIQA

Ubezpieczenia nowej generacji.

Oferta specjalna dla mieszkańców Spółdzielni Mieszkaniowych i Wspólnot

Rodzina & Odpowiedzialność

Zbiorowe Ubezpieczenie na Życie - Razem Bezpieczniej

MÓJ Dom, MOJE Życie

Wniosek ubezpieczeniowy

Wypełnia Ubezpieczony (Prosimy wypełnić czytelnie drukowanymi literami)

Ubezpieczony

(Ubezpieczonym może być osoba pełnoletnia do 55 roku życia)

Nazwisko | Imiona | Płeć M/K

PESEL | Telefon kontaktowy

Dokument tożsamości* ☐ Dowód osobisty ☐ Karta pobytu ☐ Paszport ☐ Prawo jazdy | Data wydania

Organ wydający | Seria i nr

Miejsce zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania | Kod pocztowy – | Miejscowość

Zajmowane stanowisko / zawód wykonywany | Wnioskowany termin rozpoczęcia ubezpieczenia/ zmiany warunków umowy (dzień, miesiąc, rok)

Adres korespondencyjny

Ulica, nr domu, nr mieszkania | Kod pocztowy – | Miejscowość

Osoba uprawniona

(do odbioru świadczeń w przypadku zgonu Ubezpieczonego)

1. Nazwisko i imię | PESEL lub data urodzenia | % udziału
2. Nazwisko i imię | PESEL lub data urodzenia | % udziału
3. Nazwisko i imię | PESEL lub data urodzenia | % udziału

Warunki ubezpieczenia

(Zaznacz X w wybranym wariancie)

☐ WARIANT I MojaOchrona	☐ WARIANT II MojaPewność	☐ WARIANT III MojeBezpieczeństwo
Suma ubezpieczenia 5 000 zł	Suma ubezpieczenia 10 000 zł	Suma ubezpieczenia 15 000 zł
Składka miesięczna 15,00 zł	Składka miesięczna 30,00 zł	Składka miesięczna 45,00 zł

Płatność składki

System płatności* ☐ miesięcznie ☐ kwartalnie ☐ półrocznie

* właściwe zakreślić X ** niepotrzebne skreślić

Wypełnia Ubezpieczający

Ubezpieczający

Numer umowy generalnej | Numer osoby obsługującej | Numer polisy-zbioru

Ochrona danych osobowych

Wyrażam/ nie wyrażam zgody** na przetwarzanie moich danych osobowych, również w przyszłości, w zakresie niezbędnym do celów marketingu bezpośredniego produktów lub usług przez UNIQA Towarzystwo na Życie Spółka Akcyjna, jak również na posłużenie się przez ten podmiot, a także przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna telefonem, wizjofonem, telefaksem, pocztą elektroniczną lub innym środkiem komunikacji elektronicznej w celu złożenia propozycji zawarcia umowy.

podpis Wnioskującego o ubezpieczenie

Informacja dla Wnioskującego:

1. Niniejszy wniosek jest deklaracją chęci przystąpienia do ubezpieczenia. Potwierdzeniem zawarcia umowy jest polisa ubezpieczeniowa, którą Wnioskujący otrzyma na adres korespondencyjny wraz z blankietami wpłat. Po ich otrzymaniu i opłaceniu pierwszej składki rozpocznie się ochrona ubezpieczeniowa.
2. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony. Na wniosek Ubezpieczonego istnieje możliwość zmiany wariantów ochrony oraz wypowiedzenie umowy w trakcie jej trwania.
3. Składki ubezpieczeniowe należy opłacać w terminie określonym w blankietach opłat oraz na wskazany na nim numer rachunku bankowego.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące stanu zdrowia Wnioskującego.
Na pytania UNIQA TU na Życie SA oświadczam, iż (* zaznacz X w poniższych oknach TAK, lub NIE):

- Przebywam obecnie na zwolnieniu lekarskim w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub choroby i jestem niezdolny/a do pracy,
- jestem poddawany/a obecnie leczeniu i jestem pod szczególnym nadzorem i opieką lekarską,
- jestem niespełnosprawny/a lub przewlekle chory/a, mam orzeczony stopień niepełnosprawności i pobieram świadczenia z tytułu niezdolności do pracy (nie jestem w pełni zdrowy/a i zdolny/a do pracy),
- jestem, byłem/am poddawany chemioterapii, radioterapii, naświetlaniu kobaltem,
- w ciągu 5 lat przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim lub/i byłem/łam poddawany/a leczeniu szpitalnemu nieprzerwanie (dłużej niż 30 dni),
- w ciągu ostanich 5 lat stwierdzono u mnie i byłem/am leczony/a na niżej wymienione schorzenia:
  - choroby serca, w tym zawał serca, wady serca,
  - cukrzycę lub jakiekolwiek choroby nerek i wątroby,
  - choroby układu pokarmowego,
  - udar mózgu lub wylew krwi do mózgu, uszkodzenie mózgu,
  - jakikolwiek nowotwór,
  - padaczkę, zaburzenia psychiczne lub choroby układu nerwowego,
  - jakiekolwiek choroby naczyń krwionośnych, miażdżycę,
  - jakąkolwiek chorobę krwi (w tym białaczkę),
  - jakiekolwiek choroby płuc, w tym astmę, POCHP,
  - choroby reumatyczne (bóle stawów), szyi i kręgosłupa,
- w ciągu ostatnich 5 lat przebywałem/am w szpitalu i byłem/am poddany/a operacji chirurgicznej w połączeniu z dłuższym niż 7 dni pobytem w szpitalu oraz w okresie najbliższych 12 miesięcy mam zaplanowane leczenie szpitalne, operacyjne, badanie specjalistyczne zalecone przez lekarza (z wyłączeniem badań okresowych, pracowniczych).

NIE* TAK* ***W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK w związku z wystąpieniem którejś z powyższych sytuacji konieczne jest wypełnienie dodatkowej ankiety medycznej, dostępnej w najbliższej jednostce UNIQA lub u Zarządu Państwa Budynku.***

- Wynik przeprowadzonego testu na obecność przeciwciał anty - HIV był negatywny. Jeśli taki test nie był przeprowadzany należy odpowiedzieć TAK.

NIE* TAK* podpis Wnioskującego o ubezpiecznie

Oświadczam, że udzieliłem prawidłowych odpowiedzi na pytania we wniosku zgodnie z prawdą i wyczerpująco.
Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że świadome podanie informacji niezgodnych z prawdą lub zatajenie informacji stanowi naruszenie umowy ubezpieczenia i może skutkować zwolnieniem Ubezpieczycieli z odpowiedzialności. Znane są mi konsekwencje udzielenia nieprawidłowych informacji w wniosku ubezpieczeniowym określone w Ustawie z dn. 23 kwietnia 1964 r. z poźniejszymi zmianami Kodeksu Cywilnego.

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane we wniosku o ubezpieczenie są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą oraz zostały podane w dobrej wierze.
Wyrażam zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków Ubezpieczenia „Rodzina & Odpowiedzialność - Zbiorowe Ubezpieczenie na Życie Razem Bezpieczniej" uchwalonych Uchwałą Zarządu UNIQA TU SA na Życie SA, które otrzymałem/am i z którymi zostałem/am zaznajomiony/a.
Ponadto w przypadku stwierdzenia przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA jakichkolwiek niejasności lub podwyższonego ryzyka wyrażam zgodę na uzupełnienie wniosku i rozszerzenie zakresu udzielonych przeze mnie informacji o dodatkowe informacje i dokumenty w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA TU na Życie SA do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikację podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci, z wyłączeniem badań genetycznych. Podmioty, o których mowa zwalniam z zachowania tajemnicy lekarskiej wobec UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA.

Zostałem poinformowany/a, że administratorem danych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, dane osobowe są zbierane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania umowy ubezpieczenia. Odbiorcami danych są podmioty wskazane w ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, podanie danych jest dobrowolne, posiadam prawo dostępu do ich treści oraz ich poprawiania zgodnie z ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U.2002 r. Nr 101 poz 926 ze zm.).

Miejscowość, data	Podpis Wnioskującego o ubezpiecznie	Podpis Ubezpieczającego	Podpis i pieczęć pośrednika UNIQA TU na Życie SA

MÓJ Dom MOJE Życie

- jedyna taka oferta na rynku
- składki płatne miesięcznie
- 3 zakresy ochrony dostosowane do indywidualnych potrzeb
- niskie składki miesięczne już od 15,00 zł
- wysokie sumy świadczeń w stosunku do ceny

Warianty ubezpiecznia

Zakres świadczeń	Wysokość świadczenia jako % SU	MOJA OCHRONA	MOJA PEWNOŚĆ	MOJE BEZPIECZEŃSTWO
Zgon ubezpieczonego	100 %	5 000	10 000	15 000
Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub jego następstw	100 %	5 000 *	10 000 *	15 000 *
Zgon ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	100 %	5 000 **	10 000 **	15 000 **
Zgon ubezpieczonego z powodu udaru mózgu lub zawału mięśnia sercowego	50 %	2 500 *	5 000 *	7 500 *
Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NNW za 1% uszczerbku	1 %	50	100	150
Uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału lub udaru za 1% uszczerbku	1 %	50	100	150
Na wypadek określonego ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego	20 %	1 000	2 000	3 000
Poddanie się określonej w OWUD operacji chirurgicznej przez Ubezpieczonego (5% sumy ubezpiecznia)	50 %	2 500	5 000	7 500
Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego w wyniku NNW za dzień pobytu (płatne od 1-go dnia)	0,7 %	35	70	105
Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego z przyczyn innych niż NNW za dzień pobytu (płatne od 4-go dnia)	0,4 %	20	40	60
Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego na OIOM za dzień pobytu (płatne od 1-go dnia)	1,5 %	75	150	225
Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku NNW	50 %	2 500	5 000	7 500
Urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu	10 %	500	1 000	1 500
Urodzenie się dziecka martwego Ubezpieczonemu	20 %	1 000	2 000	3 000
Zgon dziecka Ubezpieczonego	20 %	1 000	2 000	3 000
Zgon dziecka Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub jego następstw	20 %	1 000 *	2 000 *	3 000 *
Na wypadek osierocenia dziecka Ubezpieczonego	30 %	1 500	3 000	4 500
Na wypadek zgonu rodziców i teściów Ubezpieczonego	8 %	400	800	1 200
Wysokość składki miesięcznej		**15,00 zł**	**30,00 zł**	**45,00 zł**

* – świadczenie dodatkowe wypłacane niezależnie od świadczenia za zgon naturalny ** – świadczenie dodatkowe wypłacane niezależnie od świadczenia za zgon naturalny i zgon NNW

O szczegóły pytaj:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń SA
Agencja Generalna
54-152 Wrocław ul. Wiślańska 12
tel. 71 353 52 79, 695 98 58 31
e-mail: ag.wroclaw@uniqa.pl

Aktualny wykaz naszych jednostek terenowych znajdziesz na stronie internetowej:

www.uniqa.pl

UNIQA. Ubezpieczenia nowej generacji.

Centrum Pomocy Grupy Ubezpieczeniowej UNIQA
801 597 597*
42 66 66 500 dla tel. komórkowych

*Koszt połączenia według taryfy operatora