



Kod dokumentu: 476_0323

Jesteś **ubezpieczonym głównym**, jeśli jesteś związany z ubezpieczającym (np. pracodawcą) stosunkiem prawnym (np. jesteś pracownikiem).
Jesteś **ubezpieczonym bliskim**, jeśli jesteś współmałżonkiem, partnerem, dorosłym dzieckiem ubezpieczonego głównego.
Ubezpieczający to podmiot, który zawiera z nami umowę, np. Twój pracodawca.

UNIQA to UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51.

Zaznacz właściwe.

☒ **Przystępuję do ubezpieczenia i jestem:**

☒ ubezpieczonym głównym

☐ ubezpieczonym bliskim

☐ współmałżonkiem

☐ partnerem

☐ pełnoletnim dzieckiem

☐ **Jestem objęty ubezpieczeniem i zmieniam:**

☐ moje dane

☐ dane uposażonych

☐ dane partnera

☐ zakres ubezpieczenia

Numer polisy **50204975**

Prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami. Wszelkie dokonywane poprawki powinny być potwierdzone podpisem.

1. Twoje dane

K O W A L S K I

Nazwisko

J A N

Imię/imiona

8 0 1 1 0 1 5 4 3 2 1

PESEL

0 1 - 1 1 - 1 9 8 0

Data urodzenia (dd-mm-rrrr; jeśli nie masz numeru PESEL)

Jeśli wpisałeś datę urodzenia zamiast numeru PESEL, podaj nazwę państwa urodzenia.

P O L S K A

Państwo urodzenia

Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer paszportu lub karty pobytu.

Obywatelstwo

☒ polskie ☐ inne

Podaj jakie

☐ paszport ☐ karta pobytu

C D E 9 8 7 6 5 4

Seria i numer dokumentu

5 0 0 1 2 3 4 5 6

Telefon komórkowy

K O W A L S K Y . J A N @ W P . P L

E-mail

Adres zamieszkania

M I C K I E W I C Z A 2 B / 1 3

Ulica, numer domu/lokalu

P O Z N A N

Miejscowość

2 2 - 2 2 2

Kod pocztowy

P O L S K A

Kraj

2. Dane ubezpieczonego głównego (wpisz, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia jako ubezpieczony bliski)

Nazwisko

Imię/imiona

PESEL

- -

Data urodzenia (dd-mm-rrrr; jeśli nie ma numeru PESEL)

Jeśli ubezpieczony główny ma obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer jego paszportu lub karty pobytu.

☐ paszport ☐ karta pobytu

Seria i numer dokumentu

5. Zakres Twojego ubezpieczenia

6. Oświadczenia

Oświadczenie nr 1 (medyczne) (wypełniasz obowiązkowo)

Jeśli zataisz informacje lub podasz nieprawdziwe, możemy odmówić realizacji świadczenia.

1) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni – nie dotyczy zwolnień z powodu ciąży, porodu, leczenia złamań (pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań), skręceń lub zwichnięć?

- ☐ Tak ☐ Nie Jeśli zaznaczyłeś „Tak”, wypełnij ankietę medyczną.

☐ Tak ☐ Nie

Oświadczenie nr 2 (medyczne)

Kona datu apstrāde atbilstoši 6. pielikuma 1. tabulai.

To oświadczenie wypełniasz, jeśli:

- wybierasz Pakiet Moje Życie i Zdrowie (każdy kto wybiera ten pakiet); lub
- jesteś ubezpieczonym głównym, nie jesteś zatrudniony na podstawie umowy o pracę i nie byłeś ubezpieczony w ramach ubezpieczenia, zawartego przez ubezpieczającego (pracodawcę) bezpośrednio przed przystąpieniem do tej umowy, albo przystępujesz do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy; lub
- jesteś ubezpieczonym bliskim i nie byłeś ubezpieczony w ramach ubezpieczenia, zawartego przez ubezpieczającego, bezpośrednio przed przystąpieniem do tej umowy albo przystępujesz do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy.

- ☐
- Tak
- ☐
- Nie

Oświadczenie nr 3 (zawodowe)

To oświadczenie składasz, jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim i:

- wybierasz Pakiet Moje Życie i Zdrowie lub Pakiet Wypadkowy; lub
- nie byłeś ubezpieczony w ramach ubezpieczenia, zawartego przez ubezpieczającego (pracodawcę) bezpośrednio przed przystąpieniem do tej umowy, lub przystępujesz do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy.

☐ Tak ☐ Nie

Oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową Wyrażam zgodę na:

- 1) objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadconą na podstawie OWU;
- 2) wysokości sum ubezpieczenia;
- 3) finansowanie kosztu składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez ubezpieczonego), której wysokość jest mi znana i ją akceptuję.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną

Zgadzam się, aby UNIQA:

- 1) przekazywała mi informacje dotyczące umowy ubezpieczenia zarówno przed przystąpieniem do niej, jak i po przystąpieniu, także za pośrednictwem trwałego nośnika* oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail;
- 2) przysyłała mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany adres e-mail.

Upoważnienie dla ubezpieczającego (np. pracodawcy ubezpieczonego głównego)

Upoważniam ubezpieczającego, aby w moim imieniu:

- 1) wyrażał zgodę na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji, w szczególności w zakresie ubezpieczenia, wysokości składki, sumy ubezpieczenia;
- 2) odbierał wszystkie oświadczenia i informacje, związane z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz, które ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazywać ubezpieczonemu.

Klauzula marketingowa (kod: 1AP476)

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych, tutaj podanych, w celach marketingowych, w tym otrzymywanie ofert, zgodnie z poniższym wyborem:

NIEOBOWIĄZKOWE!

☐ zaznaczam wszystkie poniższe

☐ UNIQA TU S.A. (ubezpieczenia majątkowe)

☐ UNIQA TUŃ S.A. (ubezpieczenia na życie i zdrowie)

☐ UNIQA TFI S.A.

☐ UNIQA Polska S.A. (m.in. ubezpieczenia, fundusze inwestycyjne)

Wszystkie spółki z siedzibą przy ul. Chłodnej 51 w Warszawie (00-867).

Kanały komunikacji:

☐ telefon

☐ mail

☐ poprzez SMS

☐ media społecznościowe

☐ serwis transakcyjny UNIQA

☐ w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)

☐ poczta tradycyjna

Zgoda obejmuje także dostosowywanie treści marketingowych do preferencji i zainteresowań. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Upoważnienie dla UNIQA oraz poniżej wskazanych podmiotów

Zgadzam się na wystąpienie przez UNIQA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną, które obejmują okoliczności związane z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia.

Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje:

- 1) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczynę mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Zgadzam się na udostępnienie ww. danych i dokumentacji UNIQA.

Zgadzam się na przekazywanie UNIQA przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, które będzie podstawą ustalenia odpowiedzialności UNIQA oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam UNIQA do zasięgania informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności UNIQA;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ubezpieczony lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przeze mnie oraz ustalenia mojego prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Jeśli Twoje ubezpieczenie będzie obejmowało Pakiet Medycyna bez Granic – powyższe upoważnienia i zgody wyrażasz także dla Further Underwriting International S.L.U. (Further).

Dodatkowo jeśli Twoja umowa będzie podlegała reasekuracji, powyższe zgody i upoważnienia obejmują reasekuratora.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

PONIŻEJ WYPEŁNIA "EGIDA"

NIE WPISYWAĆ DATY!

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis Ubezpieczonego:

Jan Kowalski

Czytelny podpis osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

7. Część dla ubezpieczającego

Czy ubezpieczony przechodzi bezpośrednio z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie zawartego przez ubezpieczającego?

☐ Tak

☐ Nie

Numer identyfikacyjny pracownika

Informacje o ubezpieczonym głównym

Data nawiązania przez ubezpieczonego głównego stosunku prawnego z ubezpieczającym (dd-mm-rrrr):

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego głównego z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę

☐ inna zawarta w formie pisemnej (np. umowa zlecenie, umowa o dzieło, umowa na wyłączność, inna umowa – podać jaką)

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Pieczętka ubezpieczającego

Polskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych EGIDA

Data (dd-mm-rrrr)

Czytelny podpis ubezpieczającego

* Trwały nośnik to materiał lub narzędzie umożliwiające użytkownikowi przechowywanie informacji w sposób zapewniający: (a) dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji oraz (b) odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. plik PDF: wysłany na adres e-mail lub przekazany na płycie CD lub na pendrive.