



Polisa nr

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI - JEDNA DEKLARACJA JEST DLA JEDNEJ OSOBY

Ubezpieczający

NIP/REGON

Pełna nazwa firmy z adresem / Pieczęćka firmowa

Osoba składająca deklarację UWAGA! Proszę wybrać i zaznaczyć jedną z poniższych opcji oraz wypełnić wskazaną część Oświadczenia (A albo A i B)

Jako osoba składająca deklarację jestem osobą zatrudnioną u Ubezpieczającego na podstawie: *

- umowy o pracę, w tym umowy mianowania, powołania, wyboru, kontraktu menedżerskiego lub jestem pracodawcą:
 - przystępuję w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub 3 miesięcy od daty zatrudnienia (prosimy o wypełnienie części A Oświadczenia)
 - przystępuję po 3 miesiącach od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub po 3 miesiącach od daty zatrudnienia (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)
 - umowy agencyjnej objętej ubezpieczeniem społecznym ZUS (prosimy o wypełnienie części A Oświadczenia)
- umowy zlecenia:
 - byłem/em dotychczas objęta/y grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A Oświadczenia)
 - nie byłem/em dotychczas objęta/y grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)
- innej formy zatrudnienia:
 - byłem/em dotychczas objęta/y grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)
 - nie byłem/em dotychczas objęta/y grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)

Dane osoby przystępującej do ubezpieczenia

Nazwisko i Imię/Imiona PESEL (lub data urodzenia w przypadku obcokrajowców)

Płeć* K M

Adres zamieszkania

Ulica, Nr domu, Nr lokalu, Kod pocztowy, Miejscowość

Telefon** E-mail**

Identyfikacja

Obywatelstwo* Polskie Inne (jakie?)

Dokument tożsamości*

Dowód osobisty Paszport (dotyczy obcokrajowców) Numer i seria Kraj wydania

Warunki ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

Wysokość składki

Wskazanie osób Uprawnionych

W przypadku niewskazania osób uprawnionych, świadczenie przysługuje zgodnie z zapisami OWU.

L. p.	Nazwisko i Imię/Nazwa	PESEL lub data urodzenia / REGON	% świadczenia
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Suma udziałów w świadczeniu musi wynieść 100%

Wskazanie Partnera (wypełnia osoba przystępująca do ubezpieczenia, która nie pozostaje w związku małżeńskim)

Zmiana Partnera możliwa jest po upływie 12 miesięcy od daty przystąpienia osoby przystępującej do ubezpieczenia lub od daty ostatniej zmiany Partnera.

Pozostaję w związku nieformalnym ze wskazanym Partnerem i prowadzimy wspólne gospodarstwo domowe, i żadne z nas nie pozostaje w związku małżeńskim.

Nazwisko Imię/Imiona PESEL lub data urodzenia

Oświadczenie - Część A (obowiązkowo wypełnia każda osoba przystępująca do ubezpieczenia) *

- Czy przebywa Pani/Pan obecnie na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni? TAK NIE
- Czy ma Pani/Pan orzeczoną niepełnosprawność? TAK NIE
- Czy przebywa Pani/Pan na rencie? TAK NIE

* wybraną opcję zaznaczyć znakiem "X" ** pole niewymagane

Oświadczenie - Część B (obowiązkowo wypełnia osoba wskazana na pierwszej stronie Deklaracji, w module "Osoba składająca deklarację") *

1. Czy Pani/Pan obecnie lub w przeszłości chorowała/ał na jedną z wymienionych poniżej chorób lub czy przynajmniej jedna z nich została u Pani/Pana rozpoznana? TAK NIE

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, hipertrójglicerydemia, dna moczanowa, niewydolność wątroby, żółtaczka w tym WZW typu A,B,C; depresja, schizofrenia;

2. Czy przebywała/ał Pani/Pan w ciągu 3 ostatnich lat na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (za wyjątkiem ciąży i opieki nad dzieckiem)? TAK NIE

UWAGA! W przypadku wybrania opcji "TAK" proszę o załączenie wypełnionej Ankiety medycznej (druk AMU-002)

Oświadczenia UNIQA TU na Życie S.A.

Administratorem danych osobowych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132. Dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonania umowy na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w celach statystycznych i archiwalnych. Dane mogą być udostępniane towarzystwom reasekuracyjnym/podmiotom świadczącym usługę assistance na potrzeby związane z umową ubezpieczenia i działalnością ubezpieczeniową. Do danych osobowych przysługujące prawo dostępu oraz ich poprawiania, sprostowania, usunięcia oraz ograniczenia przetwarzania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia.

Informujemy, że UNIQA TU na Życie S.A. będzie przetwarzała dane osobowe w celu marketingu własnych produktów i usług. Osobie, której dane dotyczą, przysługuje prawo do złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych w każdym czasie, bez podawania przyczyny.

Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że przystępuję do umowy grupowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy UNIQA TU na Życie S.A., a Ubezpieczającym i wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach tej umowy.

Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia i/lub wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałam/em od Ubezpieczającego Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie (OWU) wraz z odpowiednimi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych (OWUD), Tabelę operacji, Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, warunki umowy ubezpieczenia, wykaz informacji wymaganych przepisem art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz informację dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji. Dokumenty wymienione powyżej otrzymałam/em:*

w formie pisemnej za moją zgodą na innym trwałym nośniku (w formie elektronicznej)

Wyrażam zgodę, aby UNIQA TU na Życie S.A. uzyskała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych 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, w tym o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, na zasadzie przepisu art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Wyrażam zgodę, aby UNIQA TU na Życie S.A. uzyskała od Narodowego Funduszu Zdrowia dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczenia na zasadzie przepisu art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Wyrażam zgodę* Nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych dotyczących stanu zdrowia przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, wyłącznie w celu przystąpienia do umowy i jej wykonania, w szczególności w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego na etapie przystąpienia, ustalenie prawa do świadczenia i jego wysokości oraz w celach statystycznych i archiwalnych. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia do umowy i jej wykonania. Upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do udostępniania wyżej wymienionych danych osobowych towarzystwom reasekuracyjnym na potrzeby związane z umową ubezpieczenia i działalnością ubezpieczeniową.

Wyrażam zgodę nieograniczoną w czasie na przetwarzanie moich danych osobowych przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132 w celach marketingowych w formie:*

ZAZNACZAM WSZYSTKIE

UNIQA TU na ŻYCIE S.A.: rozmowy telefonicznej SMS/MMS E-MAIL papierowej po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia

UNIQA TU S.A.: rozmowy telefonicznej SMS/MMS E-MAIL papierowej

Posiadam prawo do wycofania wyrażonej zgody w każdym czasie, bez podawania przyczyny, bez wpływu na poprawność przetwarzania danych przed jej cofnięciem.

Wyrażam zgodę* Nie wyrażam zgody* na składanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oświadczeń i przekazywanie informacji związanych z przystąpieniem/zawarciem i wykonywaniem umów ubezpieczenia, które łączą mnie ze Spółką, przy użyciu telefonu lub innego telekomunikacyjnego urządzenia końcowego i automatycznego systemu wywołującego, jak również na podany adres poczty elektronicznej. Zgoda może być cofnięta w każdym czasie, bez podawania przyczyny.

Wnioskuje* Nie wnioskuje* o przyjęcie do programu lojalnościowego UNIQA BonusClub, którego Regulamin jest dostępny na stronie www.uniqabonusclub.pl

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia, zasiłków chorobowych oraz macierzyńskich kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu mojego ubezpieczenia na życie oraz z tytułu ubezpieczenia na życie mojego Współmałżonka, Partnera lub Pełnoletniego Dziecka w przypadku, gdy do ubezpieczenia przystępuje mój Współmałżonek, Partner lub pełnoletnie Dziecko i przekazywanie jej na rzecz UNIQA TU na Życie S.A.

data

czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

UBEZPIECZAJĄCY WYPEŁNIA DANE O UBEZPIECZONYM

Forma zatrudnienia u Ubezpieczającego

Rodzaj umowy

d d m m r r r r r r

Data zatrudnienia u Ubezpieczającego

Zajmowane stanowisko /wykonywany zawód

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisana/y, reprezentując Ubezpieczającego, potwierdzam, że osoba składająca niniejszą Deklarację zgody jest pracownikiem Ubezpieczającego oraz potwierdzam dane dotyczące stanowiska, daty zatrudnienia u Ubezpieczającego, oraz informację dotyczącą przebywania na zwolnieniu lekarskim. Jednocześnie wnioskuje o objęcie jej ubezpieczeniem na podstawie niniejszej Deklaracji zgody oraz wszystkich innych dokumentów dostarczonych do UNIQA w związku z grupowym/pracowniczym ubezpieczeniem na życie.

data

czytelny podpis i pieczęć Ubezpieczającego

* wybraną opcję zaznaczyć znakiem "X" ** pole niewymagane