

**Zgoda Ubezpieczonego
na dokonanie od dnia 01.03.2018 zmian w warunkach Umowy ubezpieczenia
nr 85006058 zgodnie z wnioskiem z dnia 16.01.2018r.**

w oparciu o Ogólne Warunki Grupowego ubezpieczenia na życie „Bezpieczna przyszłość” zatwierdzone
Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 04.01.2017 r. wraz z odpowiednimi OWUD.

Imię i Nazwisko Ubezpieczonego:

Numer PESEL Ubezpieczonego :

Oświadczenie 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 przysługuje 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.

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

1. Przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków ochrony ubezpieczeniowej lub/i wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałam/em od Ubezpieczającego Ogólne Warunki Grupowego ubezpieczenia na życie „Bezpieczna przyszłość” (OWU) zatwierdzone Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 04.01.2017 r. wraz z odpowiednimi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych (OWUD) zatwierdzonymi Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 28.12.2015 r. oraz Tabelę operacji* zatwierdzoną Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 28.12.2015 r., Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu zatwierdzoną Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 24.07.2013 r.*, warunki umowy ubezpieczenia, wykazy informacji wymagane przepisem art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wraz z informacją dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji. Dokumenty wymienione powyżej otrzymałam/em:

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

2. Wyrażam zgodę na zmianę Umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego z UNIQA TU na Życie S.A. polegającej na zmianie warunków ochrony ubezpieczeniowej w sposób wskazany w OWU, o których mowa w pkt.1.
3. **Zostałam/em poinformowana/y, że jeśli chcę wskazać lub zmienić Partnera zgodnie z zapisami OWUD muszę dostarczyć do UNIQA TU na Życie S.A. dodatkowe oświadczenie w tej sprawie. W przypadku zdarzeń dotyczących Partnera niedostarczenie ww. oświadczenia spowoduje, że UNIQA TU na Życie S.A. nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia ubezpieczeniowe dotyczące Partnera, a świadczenia z tego tytułu nie będą należne.**
4. **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.
5. **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.

* jeśli dotyczy

** właściwe zakreślić

.....
Miejscowość, data podpisania oświadczenia

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego