



Polisa nr

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

Ubezpieczający

NIP/REGON

Pełna nazwa firmy z adresem / Pieczęć 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/am dotychczas objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A Oświadczenia)☐ nie byłem/am dotychczas objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)☐ innej formy zatrudnienia:☐ byłem/am dotychczas objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)☐ nie byłem/am dotychczas objęty/a 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 braku Pesel)

Płeć* ☐ K ☐ M

Kraj urodzenia (w przypadku braku Pesel)

Adres zamieszkania

Ulica, Nr domu, Nr mieszkania, Kod pocztowy, Miejscowość, Kraj

Adres korespondencyjny

Ulica, Nr domu, Nr mieszkania, Kod pocztowy, Miejscowość, Kraj

Dane teleadresowe

Telefon**

E-mail**

Identyfikacja

Obywatelstwo

Dokument tożsamości*

☐ Dowód osobisty☐ Paszport☐ Karta pobytu

Seria i numer

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	osoby, zgodnie z art. 93 KP	nie dotyczy	1)
2			
3			

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)*

1. Czy przebywa Pan/Pani obecnie na zwolnieniu lekarskim lub jest niezdolny/niezdolna do pracy z jakiegokolwiek innego powodu (a w tym na urlopie bezpłatnym)?

☐ TAK ☐ NIE

2. Czy Pan/Pani miał/miała lub ma orzeczonego stopień niepełnosprawności lub kiedykolwiek przyznano Panu/Pani orzeczeniem właściwego organu rentę lub niezdolność do służby ze względu na stan zdrowia?

☐ TAK ☐ NIE

3. Czy Pan/Pani przebywał/przebywała w okresie 3 ostatnich lat w szpitalu, hospicjum lub jakiegokolwiek placówce opiekuńczej albo w zakładzie lecznictwa odwykowego lub leczenia uzależnień?

☐ TAK ☐ NIE* wybraną opcję zaznaczyć znakiem „X” ** pole niewymagane ¹⁾ do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej

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

1. Czy Pan/Pani obecnie lub w przeszłości chorował/chorowała na jedną z wymienionych poniżej chorób lub czy przynajmniej jedna z nich została u Pana/Pani rozpoznana? ☐ TAK ☐ NIE
- zawał, 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, AIDS (w tym zakażenie HIV), niewydolność nerek, cukrzyca, hipercholesterolemia, hipertrójglicydemia, dna moczanowa, niewydolność wątroby, żółtaczka w tym WZW typu A, B, C; depresja, schizofrenia;
2. Czy Pan/Pani ma prowadzone leczenie lub diagnostykę nowotworu, a w tym białaczki? ☐ TAK ☐ NIE
3. Czy przebywał/przebywała Pan/Pani 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” należy załączyć wypełnioną Ankietę medyczną

Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania danych osobowych, wskazanymi w dokumencie „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna” załączonym do OWU. Przedmiotowe informacje są również publicznie dostępne na stronie internetowej Towarzystwa pod adresem: www.uniqa.pl/o-nas/dane-osobowe.

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 otrzymałem/am 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 otrzymałem/am.*

☐ w postaci papierowej ☐ 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 oraz wszelkich podmiotów dysponujących informacjami o moim stanie zdrowia na podstawie odrębnych przepisów prawa, 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 oraz 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.

Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia do umowy ubezpieczenia i jej wykonania.

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 tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, 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* 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.

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.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z postanowieniami w sprawie szczególnych środków ograniczających tj.:

- Ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona, pod warunkiem, że nie stoi to w sprzeczności z jakimikolwiek sankcjami gospodarczymi, handlowymi, finansowymi, embargiem (listą sankcyjną) lub listą osób podejrzanych o terroryzm, terrorystów lub członków organizacji terrorystycznych, nałożonych przez Radę Bezpieczeństwa Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ), Unię Europejską (UE), Stany Zjednoczone Ameryki Północnej lub inne kraje lub na podstawie innych przepisów prawa, które mają zastosowanie do umowy.
- W przypadku zidentyfikowania, że udzielana ochrona ubezpieczeniowa jest sprzeczna z sankcjami, o których mowa powyżej, UNIQA poinformuje w ciągu 30 dni od wystawienia dokumentu ubezpieczenia o tym, że nie udzielono ochrony ubezpieczeniowej, a wystawiony dokument ubezpieczenia jest nieważny lub podejmie działania wynikające z obowiązujących przepisów prawa, w tym zamrozi lub nie udostępni środków należnych z umowy ubezpieczenia.

data

czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

UBEZPIECZAJĄCY WYPEŁNIA DANE O UBEZPIECZONYM

Forma zatrudnienia u Ubezpieczającego

Rodzaj umowy

Data zatrudnienia u Ubezpieczającego

Zajmowane stanowisko / wykonywany zawód

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany/a, 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 wnioskuję o objęcie jej ubezpieczeniem na postawie 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