



Kod dokumentu: 2162\_0421U

Nr polisy: \_\_\_\_\_

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

**Dane ubezpieczającego**

Pieczętka

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

### 1. Twoje dane

Nazwisko i imię/imiona

PESEL (jeśli nie masz numeru PESEL, podaj datę urodzenia)

Obywatelstwo

polskie  inne

podaj jakie

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

paszport

karta pobytu

Telefon komórkowy

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

### Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

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

Nazwisko, imię/imiona

PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj datę urodzenia)

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

paszport

karta pobytu

### 3. Dane uposażonych

**Uposażony**, którego wskażesz, to osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku Twojej śmierci. Możesz wskazać jedną osobę lub kilka.  
Procentowe udziały w świadczeniu powinny sumować się do 100.

1.  
Nazwisko, imię

Data urodzenia

Procentowy udział w świadczeniu

2.  
Nazwisko, imię

Data urodzenia

Procentowy udział w świadczeniu

3.  
Nazwisko, imię

Data urodzenia

Procentowy udział w świadczeniu

4.  
Nazwisko, imię

Data urodzenia

Procentowy udział w świadczeniu

**Uposażony zastępczy**, którego wskażesz, to osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku braku uposażonych. Nie musisz go wskazywać. Procentowe udziały w świadczeniu powinny sumować się do 100.

1.	_____	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	%
	Nazwisko, imię	Data urodzenia		Procentowy udział w świadczeniu
2.	_____	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	%
	Nazwisko, imię	Data urodzenia		Procentowy udział w świadczeniu
3.	_____	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	%
	Nazwisko, imię	Data urodzenia		Procentowy udział w świadczeniu
4.	_____	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>	%
	Nazwisko, imię	Data urodzenia		Procentowy udział w świadczeniu

#### 4. Dane / Zmiana partnera

Wskaz partnera, jeśli w Twoim ubezpieczeniu życie lub zdrowie partnera jest objęte ochroną.

_____	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>
Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj datę urodzenia)

#### 5. Zakres Twojego ubezpieczenia

Zakresy	Składka miesięczna
<b>Zakres podstawowy</b> _____ Nazwa podgrupy (o ile występują podgrupy)	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł lub <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> % miesięcznego wynagrodzenia brutto
<b>Zakres dodatkowy</b>	
<b>Pakiet Moje Życie i Zdrowie</b> <i>Wypełnij oświadczenie nr 2 (medyczne). Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, wypełnij dodatkowo oświadczenie nr 3 (zawodowe)</i>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Pakiet Wypadkowy</b> <i>Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, wypełnij oświadczenie nr 3 (zawodowe)</i>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Pakiet Zdrowie Dziecka</b>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Pakiet Opieka24</b>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Pakiet MediPomoc</b>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Pakiet Telekonsultacje medyczne</b> <i>Jeśli wybierasz formę rodzinną, wypełnij załącznik dotyczący tego pakietu</i>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Pakiet Medycyna bez Granic</b> <i>Wypełnij załącznik dotyczący tego pakietu</i>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
_____ Nazwa wybranego pakietu, jeśli jest inny niż wymienione wyżej	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
_____ Nazwa wybranego pakietu, jeśli jest inny niż wymienione wyżej	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Łączna składka za zakres dodatkowy</b>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł
<b>Łączna składka za zakres podstawowy i dodatkowy</b>	<u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> zł lub <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> % miesięcznego wynagrodzenia brutto

## 6. Oświadczenia

### Oświadczenie nr 1 (medyczne) (wypełniasz obowiązkowo)

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

Czy w dniu podpisania deklaracji przebywałeś:

- 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?
- 2) w szpitalu, placówce dla przewlekle chorych, pod opieką hospicjum lub pobierasz świadczenia rehabilitacyjne?

Tak  Nie **Jeśli zaznaczyłeś „Tak”, wypełnij ankietę medyczną.**

### Oświadczenie nr 2 (medyczne)

#### Kogo dotyczy oświadczenie

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.

- 1) Czy w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano lub leczono u Ciebie: nowotwór, chorobę wieńcową, udar mózgu, cukrzycę, marskość wątroby?
- 2) Czy planujesz poddać się leczeniu, hospitalizacji lub operacji w związku z którąkolwiek z wymienionych wyżej chorób?
- 3) Czy masz orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji, umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawność lub starasz się o takie orzeczenia?
- 4) Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałeś na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni – nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań (pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań), skręceń i zwichnięć?

Tak  Nie **Jeśli zaznaczyłeś „Tak”, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Moje Życie i Zdrowie. W pozostałych przypadkach wypełnij ankietę medyczną.**

### Oświadczenie nr 3 (zawodowe)

#### Kogo dotyczy oświadczenie

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.

Oświadczam, że pracuję jako: pracownik wykonujący pracę na wysokości (powyżej 10 m), pod ziemią, z wykorzystaniem materiałów wybuchowych, na powierzchni wody lub pod wodą, pracownik służb mundurowych lub formacji uzbrojonych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pracownik ochrony mienia posiadający broń palną, sportowiec, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, kierowca wyścigowy i rajdowy.

Tak  Nie **Jeśli zaznaczyłeś „Tak”, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Moje Życie i Zdrowie lub Pakietu Wypadkowego. W pozostałych przypadkach poinformujemy Cię, czy i w jakim zakresie możemy objąć Cię ochroną.**

### Oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez ubezpieczonego) zostały mi doręczone:

- 1) Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem (dalej: OWU),
- 2) Obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym,
- 3) dokument Przetwarzanie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na:

- 1) objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną 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 trwałą 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 na innym niż papier trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail;
- 2) przesyłała mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany adres e-mail.

### Upoważnienie dla ubezpieczającego

Upoważniam ubezpieczającego, aby w moim imieniu:

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

### Klauzula marketingowa (kod: 1AP2162)

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

zaznaczam wszystkie poniższe

- UNIQA TU S.A. (ubezpieczenia majątkowe)
  - UNIQA TUnŻ 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:

- 1) Pakiet Medycyna bez Granic – powyższe upoważnienia i zgody wyrażasz także dla Further Underwriting International S.L.U. (Further);
- 2) świadczenia medyczne lub opiekuńcze realizowane przez Partnera Medycznego – powyższe upoważnienia i zgody wyrażasz także dla Partnera Medycznego, tj. Inter Partner Assistance Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

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

**Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.**

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

### 7. Część dla ubezpieczającego

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

Data nawiązania przez ubezpieczonego głównego stosunku prawnego z ubezpieczającym: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego głównego z ubezpieczającym:

- umowa o pracę     inny (np. umowa zlecenia, umowa o dzieło, inna umowa – podać jaka) \_\_\_\_\_

**Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.**

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis i pieczęć ubezpieczającego