



UNIQA
 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
 90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
 tel. (42) 63 44 700, fax (42) 63 65 003
 Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi
 KRS 0000005751

Deklaracja zgody

Rodzina & Odpowiedzialność Ubezpieczenie na Życie GOP-04

Ubezpieczający
 56032409418
 PESEL

PolisaRodzinna.pl - Andrzej Gulewicz
51-672 Wrocław, ul. J. Becka 10
 tel. (71) 7230032 , mob. 513 338 302

Polisa: 8500

Wnioskujący Ubezpieczony

Nazwisko

Adres e-mail

Płeć:
 kobieta
 mężczyzna

Imiona

Numer telefonu

PESEL

Miejsce zameldowania

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy Poczta

Dokument tożsamości

x

Adres korespondenc.

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy Poczta

Dowód Os.	Paszport	Karta Pob.

Warunki ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia	15 000,00 zł	piętnaście tysięcy zł
Składka	56,00 zł	pięćdziesiąt sześć zł

Zakres Ochrony	Kwota świadczenia	Ograniczenie odpowiedzial.
zgon ubezpieczonego	30.000 zł	6 miesięcy
zgon ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub jego następstw *2	30.000 zł	brak
zgon ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego *3	30.000 zł	brak
zgon ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w pracy lub jego następstw *3	30.000 zł	brak
zgon ubezpieczonego z powodu udaru mózgu lub zawału serca *2	30.000 zł	6 miesięcy
powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku za 1% uszczerbku	375 zł	brak
powstanie trwałego uszczerbku na zadowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za 1% uszczerbku	375 zł	brak
trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku	15.000 zł	brak
pobyt ubezpieczonego w szpitalu z powodu Nieszczęśliwego Wypadku za jeden dzień	100 zł	brak
pobyt ubezpieczonego w szpitalu z innych przyczyn niż Nieszczęśliwy Wypadek za jeden dzień	50 zł	6 miesięcy
na wypadek określonego ciężkiego zachorowania ubezpieczonego	3.750 zł	6 miesięcy
zgon współmałżonka ubezpieczonego	9.000 zł	6 miesięcy
zgon współmałżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku *2	9.000 zł	brak
urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu	750 zł	9 miesięcy
zgon rodziców i teściów ubezpieczonego	1.650 zł	6 miesięcy

*2 - kwota świadczenia niezależna od świadczenia za zgon naturalny, *3 - kwota świadczenia niezależna od świadczenia za zgon naturalny i zgon NW

Osoby uprawnione - uposażone: które otrzymują świadczenie w chwili śmierci Wnioskującego

1.			
	Nazwisko/Nazwa	Data urodzenia/REGON	Udział
2.			
	Nazwisko/Nazwa	Data urodzenia/REGON	Udział
3.			
	Nazwisko/Nazwa	Data urodzenia/REGON	Udział

Czytelny podpis osoby wnioskującej

Oświadczenie Medyczne i Zawodowe Wnioskującego/Ubezpieczonego**Część A**

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

1. Nie przebywam obecnie na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni
2. Nie mam orzeczonej niepełnosprawności i nigdy nie przebywałam/ym na rencie.

W przypadku podania przez ubezpieczonego nieprawdziwych informacji, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego lub zawarcia umowy ubezpieczenia z danym Ubezpieczającym ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, w szczególności, gdy ta informacja zwiększyła prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku podania nieprawdziwych informacji lub zatajenia informacji doszło w sposób umyślny, w razie wątpliwości co do skutków takich informacji przyjmuje się, że wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego są następstwem podania tychże informacji.

TAK *, mogę podpisać niniejsze oświadczenia

NIE *, nie mogę podpisać niniejszych oświadczeń

Podpis wnioskującego

Część B

Ja niżej podpisany oświadczam, że

1. Obecnie nie choruję, ani w przeszłości nie chorowałam/em i nie została u mnie rozpoznana żadna z wymienionych chorób: 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; depresję, schizofrenię.
2. Nie mam orzeczonej niepełnosprawności i nigdy nie przebywałam/ym na rencie.
3. Nie przebywałam w ciągu 3 ostatnich lat na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (za wyjątkiem ciąży).

W przypadku podania przez Ubezpieczonego nieprawdziwych informacji, Towarzystwo w okresie pierwszych 3 lat od objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego lub zawarcia Umowy Ubezpieczenia z danym Ubezpieczającym ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, w szczególności, gdy ta informacja zwiększyła prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku gdy do podania nieprawdziwej informacji lub zatajenia informacji doszło w sposób umyślny, w razie wątpliwości co do skutków takich informacji przyjmuje się, że wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego są następstwem podania tychże informacji.

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane w deklaracji zgody są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą oraz zostały przekazane w dobrej wierze.

Zgodnie z art. 27 ust. 2 pkt 1 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA TU na Życie S.A. moich danych osobowych podanych w oświadczeniu w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy Ubezpieczenia oraz upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do udostępnienia wyżej wymienionych danych osobowych towarzystwom reasekuracyjnym na potrzeby związane z Umową Ubezpieczenia i działalnością ubezpieczeniową.

TAK *, mogę podpisać niniejsze oświadczenia

NIE *, nie mogę podpisać niniejszych oświadczeń

Podpis wnioskującego

Część C**Oświadczenie zawodowe**

Na zapytanie UNIQA TU na Życie S.A. oświadczam, iż: nie wykonuję żadnego z wymienionych w niniejszym oświadczeniu zawodów:

Pracownik budowlany (praca na wysokości powyżej 4 m, przy rozbiórkach budynków, pod ziemią), pracownik tartaku, pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, pracownik platformy wiertniczej, pracownik leśny, artysta cyrkowy, kaskader, sportowiec, pilot, nurek, kierowca rajdowy, kierowca przewożący ładunki niebezpieczne i wybuchowe lub pracownik wykonujący zawody z wykorzystaniem takich materiałów, pracownik służb mundurowych (w tym między innymi: żołnierz zawodowy, funkcjonariusze służb specjalnych lub formacji zbrojnych, strażak, policjant, strażnik miejski) oraz inni pracownicy posiadający broń, marynarz / rybak, ratownik górski, wodny, lotniczy, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1kV, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego, operator dźwigów i suwnic.

W przypadku podania przez Ubezpieczonego nieprawdziwych informacji, Towarzystwo w okresie pierwszych 3 lat od objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego lub zawarcia Umowy Ubezpieczenia z danym Ubezpieczającym ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, w szczególności, gdy ta informacja zwiększyła prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku gdy do podania nieprawdziwej informacji lub zatajenia informacji doszło w sposób umyślny, w razie wątpliwości co do skutków takich informacji przyjmuje się, że wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego są następstwem podania tychże informacji.

TAK *, mogę podpisać niniejsze oświadczenie

NIE *, nie mogę podpisać niniejszych oświadczenia

Podpis wnioskującego

* - w odpowiednim kółku zakreślić "krzyżykiem"

Oświadczenia

Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia lub/i wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałam/em od Ubezpieczającego Ogólne Warunki ubezpieczenia Pracowniczego na Życie - GOP-04 (OWU) wraz z odpowiednimi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych (OWUD) zatwierdzone Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 03.10.2012 r., Aneks uniwersalny do OWU zatwierdzony Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 28.12.2015 r., Aneks GOP-GRO zatwierdzony Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 18.12.2013 r., Tabelę operacji, Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu zatwierdzone Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 24.07.2014r., warunki umowy ubezpieczenia oraz 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)

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.

Wyrażam zgodę, aby UNIQA TU na Życie S.A. uzyskiwała od podmiotów, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o stanie mojego zdrowia, a także o przyczynie zgonu, w celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub jego wysokości.

Zgodnie z art. 27 ust. 2 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w oświadczeniu o stanie zdrowia w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania umowy ubezpieczenia oraz upoważniam UNIQA TU na Życie S.A. do udostępnienia wyżej wymienionych danych osobowych towarzystwom reasekuracyjnym na potrzeby związane z umową ubezpieczenia i działalnością ubezpieczeniową.

Potwierdzam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o tym, że Administratorem moich danych osobowych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Łodzi (90-520) przy ul. Gdańskiej 132, o prawie dostępu do tych danych i ich poprawiania, a także o tym, że dane osobowe będą wykorzystywane przez Administratora w celu obsługi i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz w celach analitycznych i archiwalnych.

Wyrażam zgodę* Nie wyrażam zgody* na przetwarzanie moich danych osobowych w celu marketingu produktów i usług przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz na przetwarzanie moich danych w tym samym celu przez Administratora, również po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę* Nie wyrażam zgody* na składanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oświadczeń i przekazywanie informacji związanych z zawarciem i wykonywaniem umów ubezpieczenia, które łączą mnie ze Spółką, przy użyciu telefonu lub innego telekomunikacyjnego urządzenia końcowego i automatycznego systemu wywołującego (również w celu marketingu bezpośredniego), jak również na przesyłanie mi informacji handlowych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w szczególności na podany adres poczty elektronicznej (również w celu marketingu bezpośredniego). Wnoszę ponadto o dostarczanie odpowiedzi na złożone przeze mnie reklamacje - pocztą elektroniczną.

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

* wybraną opcję zaznaczyć znakiem "X" w kółku

data miejscowość

--Kancelaria EPAL --
pośrednik UNIQA

--Kancelaria EPAL----
Ubezpieczający

data, podpis wnioskującego