



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 /1511

Nr specyfikacji:

Wnioskujący, ubezpieczony

Testowy Obywatelstwo: polskie

Płeć:

kobieta

mężczyzna

Nazwisko

Jacek

Imiona

Numer telefonu

adres e-mail

Miejsce zamieszkania:

Testowa 23-4

Ulica, nr domu, nr mieszkania

86100911974

PESEL

(lub data urodzenia w przypadku braku nr PESEL)

Kraj urodzenia (w przypadku braku Pesel)

51-672

Kod pocztowy

Wrocław, Polska

Miejscowość, Kraj

Dokument tożsamości:

Adres korespondencyjny:

Testowa 23-4

Ulica, nr domu, nr mieszkania

51-672

Kod pocztowy

Wrocław, Polska

Miejscowość, Kraj

Warunki ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia
Składka

14 000,00 zł

48,00 zł

czternaście tysięcy zł

czterdzieści osiem zł

Zakres Ochrony	Kwota świadczenia	Ograniczenie odpowiedzial.
zgon ubezpieczonego	28.000 zł	6 miesięcy
zgon ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub jego następstw *2	28.000 zł	brak
zgon ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego *3	28.000 zł	brak
zgon ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w pracy lub jego następstw *3	28.000 zł	brak
zgon ubezpieczonego z powodu udaru mózgu lub zawału serca *2	28.000 zł	6 miesięcy
powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku za 1% uszczerbku	350 zł	brak
powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu za 1% uszczerbku	350 zł	brak
trwała i całkowita niezdolność do pracy w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku	7.000 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	40 zł	6 miesięcy
na wypadek określonego ciężkiego zachorowania ubezpieczonego	3.500 zł	6 miesięcy
zgon współmałżonka ubezpieczonego	8.400 zł	6 miesięcy
zgon współmałżonka ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku *2	8.400 zł	brak
zgon rodziców i teściów ubezpieczonego	1.540 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/em 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, żółtaczką w tym WZW typu A,B,C; depresję, schizofrenię.
2. Nie mam orzeczonej niepełnosprawności i nigdy nie przebywałam/em 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 otrzymałam/em i zapoznałam/em 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 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 04.01.2017 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 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.

Wyrażam zgodę*, 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 ubezpieczenia i jej wykonania, w szczególności w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego na etapie przystąpienia, ustalenie prawa do świadczenia i jego wysokości, oraz w celach statystycznych, również w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego. **Wyrażenie zgody jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia do umowy ubezpieczenia 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 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.

Wniosuję* Nie wniosuję* 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

Ubezpieczający

podpis wnioskującego