Pełne informacje dotyczące dodatkowych umów ubezpieczenia, w tym określające szczegółowy przedmiot ubezpieczenia, zakres ochrony ubezpieczeniowej, ryzyka, które nie są objęte ochroną, okresy, w których odpowiedzialność UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: UNIQA) jest wyłączona, oraz sumy i limity ubezpieczenia podane są w innych dokumentach, w szczególności w OWUD, polisie oraz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej.

1. Czym są umowy dodatkowe i dla kogo są przeznaczone

Umowy dodatkowe są umowami ubezpieczenia o charakterze ochronnym rozszerzającymi zakres podstawowej umowy ubezpieczenia na życie i umożliwiającymi kompleksowe zabezpieczenie finansowe dla ubezpieczonego lub osób przez niego wskazanych na wypadek zdarzeń losowych. Ponadto umowy dodatkowe pozwalają dopasowywać zakres posiadanego już ubezpieczenia na życie do aktualnych potrzeb osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, które to potrzeby mogą zmieniać się wraz z wiekiem i sytuacją rodzinną.

2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej

Celem umów dodatkowych jest rozszerzenie zakresu posiadanego ubezpieczenia na życie w taki sposób, aby jak najlepiej dopasować ubezpieczenie do potrzeb osoby poszukującej ochrony. W ramach umów dodatkowych zakres ubezpieczenia może obejmować, **w zależności od zawartej wcześniej umowy podstawowej** (Złoty Środek – umowy o indeksach ZS/14/05/05, ZS/10/02/01; Plan Elastyczny, Plan Elastyczny Premia, Plan Ochronny, Ochrona z Gwarancją Kapitału), między innymi następujące ryzyka:

1) śmierć ubezpieczonego (również w formie ubezpieczenia terminowego) w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
2) śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
3) śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
4) powstanie uszczerbku lub uszkodzenia ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
5) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, zaistniałego w okresie udzielania ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
6) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego w czasie udzielania ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej;
7) rozpoznanie u ubezpieczonego jednego poważnego zachorowania, którego pierwsze rozpoznanie nastąpiło w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej lub – jeśli poważnym zachorowaniem jest wykonanie zabiegu – wykonanie tych zabiegów, w stosunku do których postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozpoczęło się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy dodatkowej i które po raz pierwszy zostały przeprowadzone w okresie udzielania tej ochrony ubezpieczeniowej;
8) pobyt ubezpieczonego w szpitalu, który rozpoczął się w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w celu leczenia choroby, która została rozpoznana w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub w celu leczenia obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, zaistniałym w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
9) przeprowadzenie w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej operacji medycznej u ubezpieczonego, będącej następstwem obrażeń ciała spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, lub choroby rozpoznanej w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
10) przejęcie opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy ubezpieczonego będącego jednocześnie ubezpieczającym w przypadku zajścia całkowitej i trwałej niezdolności ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwającej co najmniej 6 miesięcy, która to niezdolność do pracy jest wynikiem obrażeń ciała powstałych w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub choroby, której rozpoznanie miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
11) organizacja lub pokrycie kosztów Drugiej Opinii Medycznej oraz pomoc w planowaniu lub w organizacji leczenia w przypadku rozpoznania u ubezpieczonego stanu medycznego, który został rozpoznany po raz pierwszy w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub w przypadku wystąpienia u ubezpieczonego urazu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
12) organizację lub organizację i pokrycie kosztów świadczeń medycznych i opiekuńczych dla osób wskazanych w OWUD w przypadku urazu w następstwie nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – MediPomoc.

Pragniemy zwrócić uwagę, że definicje ubezpieczonego lub osób objętych ochroną ubezpieczeniową zależą od konkretnej umowy dodatkowej. Przykładowo: w ramach rozszerzenia zakresu umowy podstawowej Plan Ochronny większość wyżej wskazanych umów dodatkowych może być zawarta na rzecz samego ubezpieczonego, jak również na rzecz jego współmałżonka albo partnera.

Chcemy również wskazać, że poszczególne ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych wskazują sytuacje nieobjęte zakresem ubezpieczenia lub w których ochrona ubezpieczeniowa jest ograniczona.

3. Okres trwania umowy dodatkowej

Dla każdej z umów dodatkowych zdefiniowane są odrębne okresy, na jakie umowy te mogą być zawierane.

Niezależnie od tego maksymalny czas obowiązywania umów dodatkowych nie może być dłuższy niż okres trwania umowy podstawowej.

Informacje dotyczące dopuszczalnych okresów trwania umów dodatkowych oraz przypadków, w których umowy dodatkowe ulegają rozwiązaniu znajdują się w ogólnych warunkach każdej z umów dodatkowych.

Przykładowo: umowa dodatkowa może rozwiązać się w sytuacji:

1) rozwiązania lub odstąpienia od umowy podstawowej;
2) upływu okresu, na który została zawarta umowa dodatkowa;
3) wypowiedzenia umowy dodatkowej przez ubezpieczającego;
4) odstąpienia od umowy dodatkowej;
5) śmierci ubezpieczonego.

4. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się z datą zawarcia umowy dodatkowej, nie wcześniej jednak niż w dniu

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859
Kapitał zakładowy: 496 772 608 zł – wpłacony w całości

opłacenia należnej składki w wymaganej wysokości. Początek ochrony ubezpieczeniowej potwierdzony jest w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa:

1) z dniem rozwiązania umowy podstawowej lub dodatkowej;
2) z dniem odstąpienia od umowy podstawowej lub dodatkowej;
3) w przypadkach wskazanych w ogólnych warunkach poszczególnych ubezpieczeń dodatkowych.

Pragniemy zwrócić uwagę na okresy ograniczonej ochrony ubezpieczeniowej wskazane w ogólnych warunkach ubezpieczeń dodatkowych.

5. Jak i kiedy opłacać składkę

Składka z tytułu umowy dodatkowej płatna jest przez ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany przez UNIQA jednocześnie ze składką należną z tytułu umowy podstawowej oraz z częstotliwością właściwą dla składki z umowy podstawowej. Termin na zapłatę składki wskazany jest polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

6. Główne wyłączenia odpowiedzialności

W ramach umów dodatkowych, których zakres obejmuje śmierć ubezpieczonego, UNIQA nie odpowiada za zdarzenia będące następstwem:

1) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
2) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego (zapis dotyczy umów dodatkowych do produktu Ochrona z Gwarancją Kapitału);
3) popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa, w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy dodatkowej.

W ramach pozostałych umów dodatkowych UNIQA nie ponosi odpowiedzialności w związku ze zdarzeniami będącymi następstwem:

1) spożycia alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w organizmie ubezpieczonego wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3;
2) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza (zapis dotyczy umów dodatkowych do produktów Złoty Środek, Plan Elastyczny, Plan Elastyczny Premia, Ochrona z Gwarancją Kapitału);
3) niezaleconego przez lekarza zażycia przez ubezpieczonego leków, narkotyków, środków odurzających lub psychotropowych (zapis dotyczy umów dodatkowych do produktu Plan Ochronny);
4) usiłowania popełnienia lub popełnienie przez ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
5) samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę – niezależnie od stanu poczytalności;
6) udziału ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka;
7) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez odpowiednich uprawnień lub jeżeli pojazd nie miał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
8) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych;
9) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych;
10) utraty przytomności poprzedzającej fizyczne obrażenia ciała, w tym napadów padaczkowych;
11) działań wojennych, zbrojnych albo świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach terroryzmu, przemocy lub zamieszkach, chyba że jego udział w tych aktach lub zamieszkach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
12) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego (zapis dotyczy umów dodatkowych do produktu Ochrona z Gwarancją Kapitału oraz umowy dodatkowej uszczerbek lub uszkodzenie ciała ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku do pozostałych produktów).

Niezależnie od powyższego każda umowa dodatkowa ze względu na swoją specyfikę może charakteryzować się odrębnymi wyłączeniami odpowiedzialności, które określone są w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego.

7. Jak ubezpieczający może rozwiązać umowę dodatkową

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową, składając UNIQA pisemne wypowiedzenie. W przypadku złożenia wypowiedzenia umowy dodatkowej rozwiązuje się ona:

1) z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka z tytułu umowy dodatkowej, jednak nie później niż w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy (w przypadku umów dodatkowych rozszerzających zakres umowy podstawowej Plan Ochronny);
2) z dniem złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej lub z późniejszym dniem, wskazanym przez ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu umowy dodatkowej (w przypadku umów dodatkowych rozszerzających zakres umowy podstawowej Złoty Środek, Plan Elastyczny, Plan Elastyczny Premia, Ochrona z Gwarancją Kapitału).

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej w terminie 45 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Oświadczenie o odstąpieniu powinno być złożone UNIQA w formie pisemnej.

Wniosek o dokonanie zmian dotyczących umów dodatkowych

Wniosek

Oświadczenie przed zawarciem nowej umowy dodatkowej lub zmianą sumy ubezpieczenia

Oświadczam, że przed zawarciem nowej umowy dodatkowej lub zmianą sumy ubezpieczenia:
1) została przeprowadzona ze mną rozmowa, dzięki której określone zostały moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej,
2) zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, które pozwalają na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

☐ zawarcie umów dodatkowych
☐ wypowiedzenie umów dodatkowych
☐ zmiana sumy ubezpieczenia

Czytelny podpis ubezpieczającego

Numer polisy

D D M M R R R R
Data obowiązywania zmiany

Imię pośrednika ubezpieczeniowego

Nazwisko pośrednika ubezpieczeniowego

Numer wewnętrzny lub numer RAU pośrednika ubezpieczeniowego

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami.
Jeśli ubezpieczający lub ubezpieczony jest osobą prawną lub jeśli działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku powinien być załączony Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Ubezpieczający

Nazwisko[1]

Imię, imiona

D D M M R R R R
Data urodzenia

PESEL

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny[2]

Obywatelstwo
☐ polskie ☐ inne *(prosimy podać jakie)*

NIP[3]

Państwo urodzenia

Telefon kontaktowy

☐ stacjonarny
☐ komórkowy

Godziny kontaktu

Seria i numer dokumentu tożsamości

☐ dowód osobisty
☐ mDowód
☐ paszport
☐ inny (podać jaki)

E-mail *(prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)*

Adres zamieszkania/siedziby[4]

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny *(jeśli jest inny niż adres zamieszkania/siedziby)*

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Źródła pochodzenia majątku w związku z finansowaniem umowy

☐ umowa o pracę ☐ działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód ☐ darowizna ☐ spadek ☐ wygrana losowa ☐ kredyt ☐ emerytura lub renta

☐ inne ☐ odmawiam podania

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności)[5]

1. Lub nazwa, w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą. Taki ubezpieczający do wniosku załącza zawsze aktualny odpis z KRS lub CEIDG lub inny właściwy dokument.
2. Prosimy wypełnić w przypadku, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
3. Wypełnić w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.
4. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą.
5. Prosimy wypełnić, jeśli umowę zawiera osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859
Kapitał zakładowy: 496 772 608 zł – wpłacony w całości

Ubezpieczony/dziecko *(wypełnić wyłącznie w przypadku, gdy jest inną osobą niż ubezpieczający)*

Jeśli w polisie jest więcej niż jeden ubezpieczony, wniosek wypełnia każdy ubezpieczony.

☐ Ubezpieczony ☐ Ubezpieczony/współmałżonek ☐ Ubezpieczony/partner ☐ dziecko *(dot. umowy osierocenia dziecka przez ubezpieczonego; wymagane dane: imię, nazwisko, PESEL lub data urodzenia dziecka)*

Nazwisko

Imię, imiona

D D M M R R R R
Data urodzenia

PESEL

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

Stan cywilny

Obywatelstwo
☐ polskie ☐ inne *(prosimy podać jakie)*

Telefon kontaktowy

☐ stacjonarny
☐ komórkowy

Godziny kontaktu

Seria i numer dokumentu tożsamości

☐ dowód osobisty
☐ mDowód
☐ paszport
☐ inny (podać jaki)

E-mail *(prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)*

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny *(wypełnić jeżeli adres zamieszkania jest inny niż korespondencyjny)*

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Przedstawiciele ustawowi ubezpieczonego *(prosimy wypełnić w przypadku, gdy ubezpieczony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych)*

Przedstawiciel ustawowy wypełnia każdorazowo i załącza do wniosku Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcjami w nim zawartymi.

Nazwisko

Imię, imiona

Nazwisko

Imię, imiona

Oświadczenie ubezpieczającego, który jest osobą fizyczną

Jeśli w tej sekcji zaznaczasz „Tak", wypełnij dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej, który znajdziesz na uniqa.pl. Odpowiedź „Tak" powinny zaznaczyć osoby, które zajmują znaczące stanowisko polityczne lub pełnią znaczące funkcje publiczne (zgodnie z art. 2 ustawy z 1.03.2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu). Odpowiedź „Tak" powinni również zaznaczyć członkowie rodziny osoby zajmującej takie stanowisko oraz znani bliscy współpracownicy tych osób (zgodnie z tą samą ustawą).

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne. ☐ Tak ☐ Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Umowy dodatkowe

W przypadku dokupienia dodatkowej umowy ubezpieczenia na życie do Planu Ochronnego dane uposażonych prosimy wpisać w polu Uwagi i komentarze.

Zawarcie umów dodatkowych / zmiana sumy ubezpieczenia

1.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[6]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości zł

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji zł

2.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[6]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości zł

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji zł

3.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[6]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości zł

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji zł

4.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[6]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości zł

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji zł

6. Prosimy wpisać odpowiedni indeks OWUD.

Zmiana sumy ubezpieczenia w umowie dodatkowej na wypadek rozpoznania nowotworu – Pomoc na Raka

Indeks OWUD _____ Okres ubezpieczenia ___ lat

Suma ubezpieczenia z tytułu świadczenia okresowego ___ zł

Suma ubezpieczenia z tytułu rozpoznania i leczenia *(nie dotyczy wariantu uzupełniającego)* ___ zł

Suma ubezpieczenia z tytułu świadczeń ambulatoryjnych ___ zł

Suma ubezpieczenia z tytułu assistance medycznego ___ zł

Składka dla wybranej częstotliwości ___,___ zł

Składka do zapłaty zgodnie z Regulaminem promocji ___,___ zł

Wypowiedzenie umów dodatkowych

Niniejszym wypowiadam następujące umowy dodatkowe:

1. _____

Nazwa umowy dodatkowej

2. _____

Nazwa umowy dodatkowej

3. _____

Nazwa umowy dodatkowej

4. _____

Nazwa umowy dodatkowej

Jeżeli przed złożeniem niniejszego wniosku zakres umowy podstawowej został rozszerzony o dodatkowe ubezpieczenie przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy, wymagane jest zaktualizowanie składki z tytułu tej umowy dodatkowej.

Zaktualizowana wysokość składki dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składek na wypadek niezdolności do pracy ___,___ zł
Składka dla wybranej częstotliwości

Uwagi i komentarze

Oświadczenia ubezpieczonego (sekcja 1)

Informacja o zawodzie

Podaj wykonywany zawód, opisz wykonywane czynności zawodowe / wypełnij dostępny kwestionariusz; jeśli ubezpieczony pracuje na wysokości, podaj na jakiej.

Oświadczenie dotyczące uprawiania sportu

Czy uprawia Pan/Pani wyczynowo sport?
Przez wyczynowe uprawianie sportu rozumie się łączne spełnienie poniższych warunków: (1) udział w regularnych treningach; (2) udział w zawodach lub imprezach sportowych lub obozach kondycyjnych; (3) przynależność do klubów sportowych, związków lub organizacji sportowych.

☐ Tak *(wskaż rodzaj uprawianego sportu / wypełnij dostępny kwestionariusz)* _____
☐ Nie

Informacja o hobby *(wymagane jeżeli wynika to z Tabeli limitów medycznych i finansowych)*

Czy uprawia Pan/Pani sport w ramach hobby? *Wskaż rodzaj sportu i częstotliwość jego uprawiania / wypełnij dostępny kwestionariusz.*

Ankieta medyczna

1.	Czy kiedykolwiek Pana/Pani wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie został odroczony, odrzucony lub przyjęty na warunkach odmiennych od wnioskowanych?	☐ NIE	☐ TAK
2.	Prosimy podać wagę _____ kg, wzrost _____ cm		
	Czy pali Pan/Pani papierosy lub tytoń? Jeśli tak, prosimy podać, ile sztuk dziennie: _____ szt.	☐ NIE	☐ TAK
3.	Czy obecnie przebywa Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim lub w ciągu trzech ostatnich lat przebywał/-a na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 10 kolejno następujących po sobie dni, z wykluczeniem zwolnień lekarskich z powodu grypy lub przeziębienia, lub czy orzeczono u Pana/Pani częściową lub całkowitą niezdolność do pracy z tytułu choroby lub wypadku lub stwierdzono u Pana/Pani ograniczoną zdolność do pracy (niepełnosprawność)?	☐ NIE	☐ TAK
4.	Czy w ciągu ostatnich 10 lat korzystał/-a Pan/Pani z porady lekarskiej lub leczył/-a się na poniższe schorzenia: a) zawał serca, choroby układu krążenia, chorobę wieńcową, podwyższone ciśnienie krwi, jakiekolwiek inne choroby serca, udar mózgu, cukrzycę, choroby układu oddechowego z niewydolnością oddechową lub z dusznością?	☐ NIE	☐ TAK
	b) nowotwór, czerniak, guz, torbiel, polipy, cysty, zmiany węzłów chłonnych, zmiany skórne, które pojawiły się lub zmieniły w ciągu ostatnich 12 miesięcy lub charakteryzowały się krwawieniem?	☐ NIE	☐ TAK
	c) choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, choroby trzustki, choroby zakaźne: wirusowe zapalenie wątroby (WZW typu B lub typu C), HIV, choroby tarczycy, nadnerczy, przysadki mózgowej?	☐ NIE	☐ TAK
	d) choroby nerek, choroby układu moczowo-płciowego?	☐ NIE	☐ TAK
	e) stwardnienie rozsiane, choroby neurologiczne, padaczkę, zaburzenia psychiczne, w tym nerwice, uzależnienie od alkoholu lub używanie narkotyków?	☐ NIE	☐ TAK
	f) toczeń układowy, choroby i urazy stawów, rwę kulszową, dyskopatię kręgosłupa?	☐ NIE	☐ TAK
	g) wady wzroku powyżej 8 dioptrii, jedno- lub obustronną ślepotę, jaskrę, zaćmę lub wady słuchu?	☐ NIE	☐ TAK
5.	Czy oczekuje Pan/Pani na leczenie lub operację, lub na wyniki wykonywanych badań, lub jest Pan/Pani w trakcie diagnostyki lub leczenia?	☐ NIE	☐ TAK
6.	Czy w Pana/Pani rodzinie (matka, ojciec, brat, siostra) zostały zdiagnozowane przed 60. rokiem życia takie choroby jak: nowotwór, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca, wady wrodzone lub choroby dziedziczne?	☐ NIE	☐ TAK
7.	Adres przychodni, w której obecnie zarejestrowany jest ubezpieczony, a także był poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku.		

W przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak" w pytaniu 4 lub 5 powyższej ankiety medycznej ubezpieczonego, prosimy przedstawić posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanego schorzenia.

Oświadczenie ubezpieczającego dotyczące umowy ubezpieczenia (sekcja 2)

Oświadczam, że doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych o indeksach wskazanych w niniejszym wniosku, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa dodatkowa.

Oświadczenie ubezpieczonego (sekcja 3)

W przypadku gdy ubezpieczony nie jest ubezpieczającym.

Oświadczam, że:

1) przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych o indeksach wskazanych w niniejszym wniosku, na podstawie których zawarta zostanie zgodnie z niniejszym wnioskiem umowa dodatkowa;
2) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentów, w tym na wysokość sum ubezpieczenia.

Niniejszym upoważniam ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie niniejszego wniosku, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia i sum ubezpieczenia.

Oświadczenia dodatkowe ubezpieczającego i ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną (sekcja 4)

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy dodatkowej, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku[7] oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie e-mail.

Klauzula marketingowa ubezpieczającego (kod: ZM2023W01) (sekcja 5)

☐ Zgadzam się, aby wszystkie poniższe spółki UNIQA przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe za pośrednictwem wszystkich poniższych kanałów kontaktu.

Jeśli chcesz udzielić zgody tylko wybranym spółkom i na wybrane kanały kontaktu, zaznacz je poniżej.

Zgadzam się, aby:

- ☐ UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
- ☐ UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- ☐ UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.
- ☐ UNIQA Polska S.A. (dystrybucja ubezpieczeń majątkowych i na życie, produktów inwestycyjnych i emerytalnych)

przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe:

- ☐ za pośrednictwem e-mail lub SMS
- ☐ telefonicznie, w tym z użyciem automatycznych systemów wywołujących (te systemy będą kontaktować się z Tobą bez bezpośredniego udziału człowieka).

Zgód udzielasz dobrowolnie i w każdej chwili możesz je wycofać.

7. Trwały nośnik to materiał lub narzędzie umożliwiające użytkownikowi przechowywanie informacji w sposób zapewniający: (a) dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji, oraz (b) odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. plik PDF wysłany na adres e-mail lub przekazany na płycie CD lub na pendrivie.

Deklaracja zgody ubezpieczonego na przetwarzanie danych o stanie zdrowia oraz nałogach (sekcja 6)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (Towarzystwo) moich danych osobowych o stanie zdrowia oraz nałogach, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych Towarzystwu, w celu wykonania umowy ubezpieczenia oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie.

Upoważnienie ubezpieczonego dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów (sekcja 7)

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Towarzystwo do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną 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.

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) przyczyny mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu.

Wyrażam zgodę na przekazywanie Towarzystwu przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam Towarzystwo do zasięgania informacji w:

1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Towarzystwa;
2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego 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.

Oświadczenie o przekazaniu Informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych (sekcja 8)

Oświadczam, że zostały mi przekazane informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Poniższym podpisem potwierdzam zgodność wszystkich informacji ze stanem faktycznym i złożenie wszystkich powyższych oświadczeń, które mnie dotyczą.

D D M M R R R R
Data

Podpis

Czytelny podpis ubezpieczającego
Ubezpieczający składa oświadczenie w sekcjach nr 2, 4, 5 i 8

D D M M R R R R
Data

Podpis

Czytelny podpis ubezpieczonego/ przedstawiciela ustawowego
Jeżeli ubezpieczony nie ma pełnej zdolności do czynności prawnych, wymagany jest podpis przedstawiciela ustawowego.
Ubezpieczony składa oświadczenia w sekcjach nr 1, 3, 4, 6, 7 i 8

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, że dokonałem/-am weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

D D M M R R R R
Data

Podpis

Czytelny podpis pośrednika ubezpieczeniowego

Przetwarzanie danych osobowych

Kto jest administratorem Twoich danych

Administratorem Twoich danych jesteśmy my, UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa.

Warto wiedzieć

My – administrator danych, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Ty – osoba, której dane przetwarzamy

Jeśli wyrażasz zgodę na przesyłanie informacji handlowych lub marketingowych przez inne spółki z grupy UNIQA, czyli UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. lub UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A., lub UNIQA Polska S.A. to administratorem Twoich danych w celach marketingowych, badania satysfakcji oraz statystycznych i analitycznych, w tym profilowania, jest również odpowiednia spółka z grupy UNIQA, na rzecz której została udzielona zgoda. Dane kontaktowe oraz pozostałe informacje są takie same dla wszystkich spółek.

Jak skontaktować się z inspektorem ochrony danych

Wyznaczyliśmy inspektora ochrony danych, z którym możesz się skontaktować poprzez e-mail: dane.osobowe@uniqa.pl lub listownie na adres administratora. Adres znajdziesz w części „Kto jest administratorem Twoich danych". Z inspektorem ochrony danych możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

W jakich celach i na jakiej podstawie prawnej możemy przetwarzać Twoje dane

Twoje dane przetwarzamy zawsze zgodnie z prawem w celach:

– wykonania umowy ubezpieczenia lub podjęcia działań przed zawarciem z Tobą umowy, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego – przetwarzanie danych jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy lub do podjęcia działań na Twoje żądanie, przed zawarciem umowy;
– usprawnienia komunikacji – przetwarzanie danych kontaktowych (np. nr telefonu, e-mail), których podanie nie jest obowiązkowe, ale zalecane, wynika z prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest usprawnienie komunikacji z Tobą w kwestiach związanych z umową ubezpieczenia lub działań podjętych przed jej zawarciem;
– wypełnienia obowiązków prawnych – przetwarzanie danych jest niezbędne do wypełnienia obowiązków prawnych ciążących na administratorze wynikających w szczególności z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów sankcyjnych, rachunkowych, podatkowych, FATCA, CRS oraz sankcji wynikających z zobowiązań międzynarodowych;
– dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest możliwość dochodzenia roszczeń lub obrony przed nimi;
– sprawdzenia Twojego zadowolenia z jakości naszej usługi lub ze sposobu jej realizacji – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora jakim jest podnoszenie jakości świadczonych usług i realizacji wytycznych Komisji Nadzoru Finansowego;
– przedstawiania Ci naszych produktów i usług za pośrednictwem marketingu bezpośredniego – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli prowadzenia marketingu bezpośredniego naszych usług i produktów;
– dostosowania treści marketingowych do Twoich preferencji i zainteresowań na podstawie szczególnych kategorii danych osobowych (np. o stanie zdrowia) – przetwarzanie jest realizowane na podstawie wyrażonej zgody;

– przeciwdziałania przestępstwom – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli przeciwdziałania i ścigania przestępstw;
– statystycznych i analitycznych, w tym w celu profilowania – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, którym jest wykonywanie statystyk i analiz;
– reasekuracji ryzyka – przetwarzanie danych jest niezbędne do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora, czyli zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą z Tobą umową.

Jak długo będziemy przechowywać Twoje dane

W zależności od podstawy prawnej przetwarzania Twoich danych osobowych, będziemy je przechowywali do czasu, gdy przedawnią się roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia lub wygaśnie obowiązek przechowywania danych wynikający z przepisów prawa, lub zrealizujemy nasz prawnie uzasadniony interes, lub zgłosisz sprzeciw wobec przetwarzania opartego na prawnie uzasadnionym interesie, lub wycofasz zgodę na przetwarzanie danych.

Komu możemy udostępniać lub przekazać Twoje dane

Twoje dane osobowe możemy udostępniać podmiotom upoważnionym do udostępnienia im danych osobowych na podstawie przepisów prawa, np. zakładom reasekuracji. Twoje dane osobowe możemy przekazać między innymi następującym podmiotom przetwarzającym te dane na zlecenie UNIQA: podmiotom, które na nasze zlecenie przetwarzają dane osobowe, między innymi dostawcom usług IT, podmiotom windykującym należności, agencjom marketingowym, podmiotom świadczącym usługi assistance, agentom ubezpieczeniowym. Podmioty, którym przekazujemy Twoje dane, przetwarzają je na podstawie zawartej z nami umowy – wyłącznie zgodnie z naszymi poleceniami.

Czy Twoje dane będziemy przekazywać poza Europejski Obszar Gospodarczy

Twoje dane osobowe możemy przekazać poza Europejski Obszar Gospodarczy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w tym zakresie. Dane możemy przekazać w szczególności na podstawie wydanych przez Komisję decyzji lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję. Możesz otrzymać kopię dokumentu regulującego przetwarzanie Twoich danych poza Europejskim Obszarem Gospodarczym lub informację o miejscu jego udostępnienia.

Jakie prawa Ci przysługują

Przysługują Ci prawa: dostępu do Twoich danych osobowych; ich sprostowania; usunięcia; ograniczenia ich przetwarzania; wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, które dokonywane jest na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora; przeniesienia danych osobowych; wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania jest Twoja zgoda. Wycofanie zgody nie wpływa jednak na przetwarzanie danych, jakie odbyło się przed wycofaniem Twojej zgody. Masz również prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Na czym polega zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie

Twoje dane będziemy przetwarzać w sposób zautomatyzowany, czyli bez udziału człowieka, w tym również będziemy je profilować. Robimy to po to, aby móc przedstawić Ci ofertę ubezpieczenia. Dane osobowe dotyczące np. Twojego zdrowia, będziemy wykorzystywać do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wyliczenia składki. Przebyte wcześniej choroby mogą mieć wpływ na wyższe ryzyko ubezpieczeniowe i tym samym Twoja składka ubezpieczeniowa może być wyższa. Przykład: jeśli w poprzednich latach przechodziłeś kilka chorób, to może oznaczać, że automatycznie wyliczymy Ci wyższą składkę ubezpieczeniową. Masz prawo zakwestionować automatycznie podjętą decyzję, wyrazić własne stanowisko lub uzyskać interwencję człowieka co oznacza, że człowiek przeanalizuje dane i podejmie decyzję.

Co jeszcze warto wiedzieć

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, niemniej jest warunkiem zawarcia umowy ubezpieczenia. Konsekwencją niepodania danych jest niemożność zawarcia umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych lub badania satysfakcji jest dobrowolne. W przypadku danych osobowych nieuzyskanych od Ciebie, źródłem pozyskania Twoich danych jest np. ubezpieczający. Mogą to być w szczególności: imię i nazwisko, adres, data urodzenia, PESEL, e-mail, telefon. Źródłem pozyskania informacji o Twoim zdrowiu może być również Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne placówki lecznicze, jeśli wcześniej dostaliśmy Twoją zgodę na otrzymywanie danych od tych podmiotów.