UNIQA

Wniosek o dokupienie lub zmianę sumy ubezpieczenia w zakresie umów dodatkowych obejmujących zdrowie dziecka – Plan Ochronny

Wniosek

PLAN OCHRONNY

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.

Czytelny podpis Ubezpieczającego

☐ zawarcie umów dodatkowych
☐ zmiana sumy ubezpieczenia

Numer polisy

D D M M R R R R
Wnioskowana data zmiany

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 | PESEL

Obywatelstwo
☐ polskie ☐ inne *(jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)*

Państwo urodzenia

☐ dowód osobisty ☐ paszport
☐ mDowód ☐ karta pobytu

Seria i numer dokumentu tożsamości | NIP[2] | Telefon

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

Adres zamieszkania/siedziby[3]

Ulica | Numer domu/lokalu / | Miejscowość | Kod pocztowy - | Kraj

Przedstawiciel ustawowy dziecka, który składa oświadczenia w imieniu dziecka

☐ Ubezpieczony Główny ☐ Ubezpieczony (współmałżonek albo partner Ubezpieczonego Głównego)

Dane przedstawiciela ustawowego dziecka *(jeśli są inne niż Ubezpieczającego)*

Nazwisko | Imię

PESEL | D D M M R R R R Data urodzenia

Obywatelstwo
☐ polskie ☐ inne

Telefon kontaktowy | Seria i numer dokumentu tożsamości | ☐ dowód osobisty ☐ mDowód ☐ paszport ☐ inny (podać jaki)

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

1. Lub nazwa, w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność
2. Wypełnić w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.
3. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej w przypadku osób prowadzących 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

Dane ubezpieczanego dziecka

Nazwisko

Imię, imiona

D D M M R R R R
Data urodzenia

PESEL

Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna

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

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

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu /

Miejscowość

Kod pocztowy -

Kraj

Zawarcie umów dodatkowych

1.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

2.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

3.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

4.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

Zawarcie umowy dodatkowej będzie realizowane z datą zgodną z zapisami OWUD.
Jeżeli umowa dodatkowa zawierana jest z inną datą niż umowa podstawowa lub rocznica polisy, okres obowiązywania umowy dodatkowej w danym roku polisy zostaje skrócony do liczby pełnych miesięcy polisy pozostałych do najbliższej rocznicy polisy.

Zmiana sumy ubezpieczenia

1.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

2.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

3.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

4.

Nazwa umowy dodatkowej

Indeks OWUD[4]

Suma ubezpieczenia zł

Okres ubezpieczenia lat

Składka dla wybranej częstotliwości , zł

Zmiana sumy ubezpieczenia będzie realizowana z datą zgodną z zapisami OWUD.

4. Prosimy wpisać odpowiedni indeks OWUD.

Ankieta medyczna dziecka

Ważne! Wypełnij obowiązkowo, jeśli wnioskujesz o dokupienie umowy dodatkowej lub podwyższenie sumy ubezpieczenia. Ankieta medyczna nie jest wymagana w przypadku obniżenia sumy ubezpieczenia.

1.	Czy rozpoznano u dziecka zaburzenia rozwojowe, choroby wrodzone, genetyczne (np. mózgowe porażenie dziecięce, wrodzone wady serca), nowotwór złośliwy, cukrzycę insulinozależną, padaczkę?	☐ Nie	☐ Tak
2.	Czy dziecko korzysta ze specjalistycznej opieki lekarskiej, psychologicznej, rehabilitacji?	☐ Nie	☐ Tak
3.	Czy w ciągu ostatniego roku dziecko było hospitalizowane, diagnozowane lub czy aktualnie oczekuje na diagnostykę, wyniki badań lub operację?	☐ Nie	☐ Tak
4.	Czy dziecko przyjmuje regularnie leki?	☐ Nie	☐ Tak

W przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak" w którymkolwiek pytaniu powyższej ankiety medycznej dziecka prosimy przedstawić posiadaną dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanego schorzenia.

Uwagi/komentarze

Oświadczenia

Oświadczenie Ubezpieczonych obejmujące zgodę na ujawnianie informacji zawartych we wniosku, składane w swoim imieniu oraz *(w przypadku zawierania umowy dodatkowej, w której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka)* w imieniu ubezpieczanych dzieci jako ich przedstawiciel ustawowy (sekcja 1)

Wyrażam zgodę na ujawnienie zawartych we wniosku o dokupienie umów dodatkowych lub zmianę sumy ubezpieczenia informacji mnie dotyczących Ubezpieczającemu i osobom wskazanym we wniosku. Jednocześnie zobowiązuję się do zachowania w poufności pozostałych informacji zawartych w tym wniosku, chyba że ujawnienie tych informacji jest uzasadnione na podstawie przepisów prawa.

Oświadczenia Ubezpieczonych składane w swoim imieniu oraz *(w przypadku zawierania umowy dodatkowej, w której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka)* w imieniu ubezpieczanych dzieci jako ich przedstawiciel ustawowy (sekcja 2)

W przypadku gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym.

Oświadczam, że:

1) przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zostały mi doręczone Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Plan Ochronny i Ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, Regulamin świadczenia usług assistance Opieka24 oraz dokument Przetwarzanie danych osobowych, na podstawie których zawarta zostanie umowa dodatkowego ubezpieczenia na życie.
2) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie ww. dokumentów, w tym na wysokość sum ubezpieczenia;
3) upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia.

Oświadczenie Ubezpieczającego i Ubezpieczonych o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną składane w swoim imieniu oraz *(w przypadku zawierania umowy dodatkowej, w której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka)* w imieniu ubezpieczanych dzieci jako ich przedstawiciel ustawowy (sekcja 3)

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i po jej zawarciu, także na innym trwałym nośniku niż papier oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail.

Klauzula marketingowa Ubezpieczającego (kod: ZM2023W01) (sekcja 4)

☐ 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 i 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.

Upoważnienie Ubezpieczonych dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów składane w swoim imieniu oraz *(w przypadku zawierania umowy dodatkowej, w której przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie dziecka)* w imieniu ubezpieczanych dzieci jako ich przedstawiciel ustawowy (sekcja 5)

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: 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 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;
3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
4) przyczynę 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 lub 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 przeze mnie danych 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.

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
Powyższy podpis dotyczy oświadczeń w sekcjach nr 3 i 4

D D M M R R R R
Data

Podpis

Czytelny podpis przedstawiciela ustawowego dziecka / pełnoletniego dziecka
Powyższy podpis dotyczy oświadczeń w sekcjach nr 1, 2, 3 i 5

Pośrednik ubezpieczeniowy *(w przypadku gdy wniosek jest składany za pośrednictwem pośrednika ubezpieczeniowego)*

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku oraz oświadczam, że dokonałem/-am weryfikacji tożsamości klienta na podstawie tego dokumentu:

Seria i numer dokumentu tożsamości

☐ dowód osobisty ☐ mDowód ☐ paszport ☐ karta pobytu

Imię i nazwisko

Numer wewnętrzny/RAU

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.