

- Wypłata¹
- ☐ wartości podstawowej polisy – częściowej ☐ wartości dodatkowej polisy – częściowej
- ☐ wartości dodatkowej polisy – całkowitej ☐ okresowa na konto zewnętrzne

Numer polisy / Numer certyfikatu

Jeśli wniosek jest wypełniany bez udziału przedstawiciela Towarzystwa / pośrednika ubezpieczeniowego, należy dołączyć do wniosku kserokopię dokumentu tożsamości.

Jeśli ubezpieczający / właściciel polisy jest osobą prawną lub działa przez przedstawiciela, np. pełnomocnika / reprezentanta ubezpieczającego / właściciela polisy, do wniosku powinien być załączony Formularz AML i rezydencji podatkowej. Jeśli ubezpieczający / właściciel polisy jest pełnomocnikiem, wypełnia wszystkie poniższe dane (z wyjątkiem NIP). Jeśli jest reprezentantem, wypełnia tylko imię, nazwisko i numer PESEL. NIP wypełnia tylko, jeśli reprezentuje osobę prawną.

Dane identyfikacyjne ubezpieczającego / właściciela polisy

Uwaga: Jeśli dane osobowe uległy zmianie od ostatniej aktualizacji, prosimy wypełnić „Wniosek o dokonanie zmiany danych” lub aktualizację danych na stronie internetowej UNIQA.

Nazwisko/nazwa firmy ²		Imię, imiona	
_____ Data urodzenia	_____ PESEL	Płeć ☐ kobieta ☐ mężczyzna	_____ Państwo urodzenia
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)		_____ NIP ³	
_____ Seria i numer dokumentu tożsamości	☐ dowód osobisty ☐ mDowód ☐ paszport ☐ karta pobytu	☐ stacjonarny ☐ komórkowy	_____ Godziny kontaktu
_____ Telefon		_____ Godziny kontaktu	
_____ E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)			

Adres zamieszkania/siedziby⁴

_____ 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 _____

Rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej (kod PKD przeważającej działalności)⁵ _____

Wysokość wypłaty¹

- ☐ proponowana kwota _____ zł ☐ udział procentowy⁶ _____ % ☐ kwota maksymalnej możliwej wypłaty

Jeżeli podana przeze mnie proponowana kwota wypłaty jest większa od maksymalnej możliwej kwoty do wypłaty, proszę o wypłatę maksymalnej możliwej kwoty.

Konsekwencje wypłaty¹

Zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia częściowa wypłata może spowodować zmianę wysokości ubezpieczenia.

- ☐ Oświadczam, że wyrażam zgodę na ewentualne obniżenie sumy ubezpieczenia będące konsekwencją dokonania wypłaty częściowej w żądanej przeze mnie wysokości.
- ☐ Oświadczam, że nie wyrażam zgody na zmianę warunków ubezpieczenia i proszę o wypłatę niepowodującą obniżenia wysokości sumy ubezpieczenia.

Wybór funduszy, z których ma nastąpić wypłata⁶

W przypadku gdy ubezpieczający/właściciel polisy nie wypełni poniższych pól, wypłata będzie realizowana proporcjonalnie ze wszystkich funduszy.

Lp.	Nazwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Procent	Kwota
1.		%	zł
2.		%	zł
3.		%	zł
4.		%	zł

Forma wypłaty¹

☐ Przelew bankowy

Właściciel rachunku bankowego

Adres właściciela rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego (26 cyfr)

☐ Przekaz pocztowy (Towarzystwo dokonuje potrącenia kosztu opłaty pocztowej z wypłacanej kwoty)

Odbiorca przekazu

Ulica i numer domu/lokalu

-
Kod pocztowy

Miejscowość

☐ Przeksięgowanie¹

na polisę/wniosek numer

☐ na poczet składek regularnych

☐ na poczet składki dodatkowej

Oświadczenia

Oświadczenie o przekazaniu informacji dotyczących przetwarzania danych osobowych

Oświadczam, że otrzymałem informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

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.

Rezydencja podatkowa ubezpieczającego (jeśli nie jesteś osobą fizyczną, obowiązkowo wypełnij Formularz AML i rezydencji podatkowej)

Uwaga: Jeśli ubezpieczającym jest spółka cywilna, każdy wspólnik oraz spółka wypełnia Formularz AML i rezydencji podatkowej zgodnie z instrukcjami w nim zawartymi.

Prawo wymaga, abyśmy uzyskali od Ciebie poniżej ważne informacje. Ich zakres określają ustawy:

– z 9.10.2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA,

– z 9.03.2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

Podatnikiem w Stanach Zjednoczonych Ameryki (USA) jest zawsze obywatel USA oraz inne osoby, które mają status rezydenta podatkowego w USA – w razie wątpliwości skontaktuj się z prawnikiem lub doradcą podatkowym.

Oświadczam, że jestem podatnikiem w USA lub innym kraju poza Polską.

☐ Tak (uzupełnij dane poniżej)

☐ Nie (nie musisz uzupełniać danych poniżej)

Miejsce urodzenia:

Miejscowość

Kraj

Kraj rezydencji (wskaż wszystkie właściwe):

Numer TIN:

☐ Kraj nie wydał numeru TIN

Powód niewydania numeru TIN:

Inny indywidualny numer:

Rodzaj innego identyfikatora:

TIN (Tax Identification Number) jest odpowiednikiem Numeru Identyfikacji Podatkowej w kraju rezydencji. Jeśli jesteś jeszcze rezydentem w innych krajach, wypełnij dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Zobowiązuję się do aktualizacji powyższych danych w 30 dni od ich zmiany.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpis ubezpieczającego /właściciela polisy

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

__ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __

Data

Podpis

Czytelny podpis ubezpieczającego /właściciela polisy

Klauzula marketingowa (kod: ZM2023W01)

☐ 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.

Identyfikacja tożsamości ubezpieczającego /właściciela polisy

Wypełnia przedstawiciel Towarzystwa /pośrednik ubezpieczeniowy.

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

Imię i nazwisko

Numer wewnętrzny/RAU

Miejscowość

__ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __ . __ __
Data

Podpis przedstawiciela Towarzystwa /pośrednika ubezpieczeniowego

1. Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.
2. Wypełnić w przypadku, gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej.
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 fizycznych prowadzących działalność gospodarczą.
5. Prosimy wypełnić, jeśli umowa została zawarta przez osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą.
6. Dotyczy: Plan Inwestycyjny / Złoty Środek (dotyczy umów zawartych po 1.09.2010 r.).

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

Wyzaczyliśmy 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 ciążyących 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.