



Polisa nr

PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI - JEDNA DEKLARACJA JEST DLA JEDNEJ OSOBY

Ubezpieczający

NIP/REGON

Pełna nazwa firmy z adresem / Pieczęćka firmowa

Osoba składająca deklarację  UWAGA! Proszę wybrać i zaznaczyć jedną z poniższych opcji oraz wypełnić wskazaną część Oświadczenia (A albo A i B)

Jako osoba składająca deklarację jestem osobą zatrudnioną u Ubezpieczającego na podstawie: \*

- umowy o pracę, w tym umowy mianowania, powołania, wyboru, kontraktu menedżerskiego lub jestem pracodawcą:
  - przystępuję w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub 3 miesięcy od daty zatrudnienia (prosimy o wypełnienie części A Oświadczenia)
  - przystępuję po 3 miesiącach od daty zawarcia umowy ubezpieczenia lub po 3 miesiącach od daty zatrudnienia (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)
  - umowy agencyjnej objętej ubezpieczeniem społecznym ZUS (prosimy o wypełnienie części A Oświadczenia)
- umowy zlecenia:
  - byłem/am dotychczas objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A Oświadczenia)
  - nie byłem/am dotychczas objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)
- innej formy zatrudnienia:
  - byłem/am dotychczas objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)
  - nie byłem/am dotychczas objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie u obecnego pracodawcy (prosimy o wypełnienie części A i B Oświadczenia)

Dane osoby przystępującej do ubezpieczenia

Nazwisko i Imię/Imiona

PESEL (lub data urodzenia w przypadku braku Pesel)

Płeć\*  K  M

Kraj urodzenia (w przypadku braku Pesel)

Adres zamieszkania

Ulica, Nr domu, Nr mieszkania, Kod pocztowy, Miejscowość, Kraj

Adres korespondencyjny

Ulica, Nr domu, Nr mieszkania, Kod pocztowy, Miejscowość, Kraj

Dane teled adresowe

Telefon\*\*

E-mail\*\*

Identyfikacja

Obywatelstwo

Dokument tożsamości\*

 Dowód osobisty Paszport Karta stałego pobytu

Seria i numer

Warunki ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia

Wysokość składek

Wskazanie osób Uprawnionych

W przypadku niewskazania osób uprawnionych, świadczenie przysługuje zgodnie z zapisami OWU.

L. p.	Nazwisko i Imię/Nazwa	PESEL lub data urodzenia / REGON	% świadczenia
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Suma udziałów w świadczeniu musi wynieść 100%

Wskazanie Partnera (wypełnia osoba przystępująca do ubezpieczenia, która nie pozostaje w związku małżeńskim)

Zmiana Partnera możliwa jest po upływie 12 miesięcy od daty przystąpienia osoby przystępującej do ubezpieczenia lub od daty ostatniej zmiany Partnera.

Pozostają w związku nieformalnym ze wskazanym Partnerem i prowadzimy wspólne gospodarstwo domowe, i żadne z nas nie pozostaje w związku małżeńskim.

Nazwisko

Imię/Imiona

PESEL lub data urodzenia

Oświadczenie Część A - (obowiązkowo wypełnia każda osoba przystępująca do ubezpieczenia) \*

- Czy przebywa Pan/Pani obecnie na zwolnieniu lekarskim lub jest niezdolny/niezdolna do pracy z jakiegokolwiek innego powodu (a w tym na urlopie bezpłatnym)?  TAK  NIE
- Czy Pan/Pani miał/miała lub ma orzeczonego stopień niepełnosprawności lub kiedykolwiek przyznano Panu/Pani orzeczeniem właściwego organu rentę lub niezdolność do służby ze względu na stan zdrowia?  TAK  NIE
- Czy Pan/Pani przebywał/przebywała w okresie 3 ostatnich lat w szpitalu, hospicjum lub jakiegokolwiek placówce opiekuńczej albo w zakładzie lecznictwa odwykowego lub leczenia uzależnień?  TAK  NIE

\* wybraną opcję zaznaczyć znakiem "X" \*\* pole niewymagane

## Oświadczenie Część B - (obowiązkowo wypełnia osoba wskazana na pierwszej stronie Deklaracji, w module "Osoba składająca deklarację") \*

1. Czy Pan/Pani obecnie lub w przeszłości chorował/chorowała na jedną z wymienionych poniżej chorób lub czy przynajmniej jedna z nich została u Pana/Pani rozpoznana?  TAK  NIE

zawał, 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, AIDS (w tym zakażenie HIV), niewydolność nerek, cukrzyca, hipercholesterolemia, hipertrójglicydemia, dna moczanowa, niewydolność wątroby, żółtaczką w tym WZW typu A, B, C; depresja, schizofrenia;

2. Czy Pan/Pani ma prowadzone leczenie lub diagnostykę nowotworu, a w tym białaczki?  TAK  NIE

3. Czy przebywał/przebywała Pan/Pani w ciągu 3 ostatnich lat na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (za wyjątkiem ciąży i opieki nad dzieckiem)?  TAK  NIE

**UWAGA!** W przypadku wybrania opcji "TAK" proszę o załączenie wypełnionej Ankiety medycznej (druk AMU-002)

### Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że otrzymałem/am i zapoznałem/am 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](http://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 i/lub wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałem/am od Ubezpieczającego Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie (OWU) wraz z odpowiednimi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych (OWUD), Tabelę operacji, Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, warunki umowy ubezpieczenia, wykaz informacji wymaganych przepisem art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz informację dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji. Dokumenty wymienione powyżej otrzymałem/am.\*

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 wysokości 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 udzieli 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.

Wnioskuję\* o przyjęcie do programu lojalnościowego UNIQA BonusClub. Regulamin programu dostępny jest na stronie [www.uniqa.pl](http://www.uniqa.pl).

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia, zasiłków chorobowych oraz macierzyńskich kosztu składki ubezpieczeniowej z tytułu mojego ubezpieczenia na życie oraz z tytułu ubezpieczenia na życie mojego Współmałżonka, Partnera lub Pełnoletniego Dziecka w przypadku, gdy do ubezpieczenia przystępuje mój Współmałżonek, Partner lub pełnoletnie Dziecko i przekazywanie jej na rzecz UNIQA TU na Życie S.A.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

### UBEZPIECZAJĄCY WYPEŁNIA DANE O UBEZPIECZONYM

Forma zatrudnienia u Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_ Rodzaj umowy

\_\_\_\_\_ Data zatrudnienia u Ubezpieczającego

Zajmowane stanowisko / wykonywany zawód

### OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany/a, reprezentując Ubezpieczającego, potwierdzam, że osoba składająca niniejszą Deklarację zgody jest pracownikiem Ubezpieczającego oraz potwierdzam dane dotyczące stanowiska, daty zatrudnienia u Ubezpieczającego, oraz informację dotyczącą przebywania na zwolnieniu lekarskim. Jednocześnie wnioskuję o objęcie jej ubezpieczeniem na postawie niniejszej Deklaracji zgody oraz wszystkich innych dokumentów dostarczonych do UNIQA w związku z grupowym/pracowniczym ubezpieczeniem na życie.

\_\_\_\_\_ data

\_\_\_\_\_  
czytelny podpis i pieczęć Ubezpieczającego

\* wybraną opcję zaznaczyć znakiem "X" \*\* pole niewymagane