



Kod dokumentu: 476\_0323

Jesteś **ubezpieczonym głównym**, jeśli jesteś związany z ubezpieczającym (np. pracodawcą) stosunkiem prawnym (np. jesteś pracownikiem).  
Jesteś **ubezpieczonym bliskim**, jeśli jesteś współmałżonkiem, partnerem, dorosłym dzieckiem ubezpieczonego głównego.  
Ubezpieczający to podmiot, który zawiera z nami umowę, np. Twój pracodawca.  
**UNIQA** to UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51.

Zaznacz właściwe.

**Przystępuję do ubezpieczenia i jestem:**

- ubezpieczonym głównym
- ubezpieczonym bliskim
  - współmałżonkiem
  - partnerem
  - pełnoletnim dzieckiem

**Jestem objęty ubezpieczeniem i zmieniam:**

- moje dane
- dane uposażonych
- dane partnera
- zakres ubezpieczenia

Numer polisy

Prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami. Wszelkie dokonywane poprawki powinny być potwierdzone podpisem.

## 1. Twoje dane

Nazwisko

Imię/imiona

PESEL

Data urodzenia (dd-mm-rrrr; jeśli nie masz numeru PESEL)

Jeśli wpisałeś datę urodzenia zamiast numeru PESEL, podaj nazwę państwa urodzenia.

Państwo urodzenia

Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer paszportu lub karty pobytu.

Obywatelstwo

polskie  inne

Podaj jakie

paszport  karta pobytu

Seria i numer dokumentu

Telefon komórkowy

E-mail

## Adres zamieszkania

Ulica, numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

## 2. Dane ubezpieczonego głównego (wpisz, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia jako ubezpieczony bliski)

Nazwisko

Imię/imiona

PESEL

Data urodzenia (dd-mm-rrrr; jeśli nie ma numeru PESEL)

Jeśli ubezpieczony główny ma obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer jego paszportu lub karty pobytu.

paszport  karta pobytu

Seria i numer dokumentu





## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwałe nośniki i komunikację elektroniczną

Zgadzam się, aby UNIQA:

- 1) przekazywała mi informacje dotyczące umowy ubezpieczenia zarówno przed przystąpieniem do niej, jak i po przystąpieniu, także na innym niż papier trwałym nośniku\* oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail;
- 2) przesyłała mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany adres e-mail.

## Upoważnienie dla ubezpieczającego (np. pracodawcy ubezpieczonego głównego)

Upoważniam ubezpieczającego, aby w moim imieniu:

- 1) wyrażał zgodę na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji, w szczególności w zakresie ubezpieczenia, wysokości składki, sumy ubezpieczenia;
- 2) odbierał wszystkie oświadczenia i informacje, związane z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz, które ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazywać ubezpieczonemu.

## Klauzula marketingowa (kod: 1AP476)

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych, tutaj podanych, w celach marketingowych, w tym otrzymywanie ofert, zgodnie z poniższym wyborem:

zaznaczam wszystkie poniższe

UNIQA TU S.A. (ubezpieczenia majątkowe)

UNIQA TUnŻ S.A. (ubezpieczenia na życie i zdrowie)

UNIQA TFI S.A.

UNIQA Polska S.A. (m.in. ubezpieczenia, fundusze inwestycyjne)

Wszystkie spółki z siedzibą przy ul. Chłodnej 51 w Warszawie (00-867).

Kanały komunikacji:

telefon

mail

poprzez SMS

media społecznościowe

serwis transakcyjny UNIQA

w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)

poczta tradycyjna

Zgoda obejmuje także dostosowywanie treści marketingowych do preferencji i zainteresowań. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

## Upoważnienie dla UNIQA oraz poniżej wskazanych podmiotów

Zgadzam się na wystąpienie przez UNIQA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną, które obejmują okoliczności związane 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) przyczynę mojej śmierci.

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

Zgadzam się na udostępnienie ww. danych i dokumentacji UNIQA.

Zgadzam się na przekazywanie UNIQA przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, które będzie podstawą ustalenia odpowiedzialności UNIQA oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam UNIQA do zasięgania informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności UNIQA;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ubezpieczony lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przeze mnie 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.

Jeśli Twoje ubezpieczenie będzie obejmowało Pakiet Medycyna bez Granic – powyższe upoważnienia i zgody wyrażasz także dla Further Underwriting International S.L.U. (Further).

Dodatkowo jeśli Twoja umowa będzie podlegała reasekuracji, powyższe zgody i upoważnienia obejmują reasekuratora.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data (dd-mm-rrrr)

Czytelny podpis osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

## 7. Część dla ubezpieczającego

Czy ubezpieczony przechodzi bezpośrednio z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie zawartego przez ubezpieczającego?

Tak  Nie

Numer identyfikacyjny pracownika

## Informacje o ubezpieczonym głównym

Data nawiązania przez ubezpieczonego głównego stosunku prawnego z ubezpieczającym (dd-mm-rrrr):

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego głównego z ubezpieczającym:

umowa o pracę  inna zawarta w formie pisemnej (np. umowa-zlecenie, umowa agencyjna na wyłączność, inna umowa – podać jaka)

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Pieczętka ubezpieczającego

Data (dd-mm-rrrr)

Czytelny podpis ubezpieczającego

\* 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 pendrive.

Kod dokumentu: 476\_1\_0323

Wypełnij, jeśli wybierasz dodatkowo Pakiet Kardiologiczny.

## 1. Twoje dane

--

Nazwisko

--

Imię/imiona

--

PESEL

--

Data urodzenia (dd-mm-rrrr; jeśli nie masz numeru PESEL)

*Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer paszportu lub karty pobytu.*

paszport

karta pobytu

--

Seria i numer dokumentu

--

Nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

--

cd. nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

--

Numer polisy (uzupełnia UNIQA)

## 2. Oświadczenie medyczne

1. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zlecono Ci diagnostykę (z wyłączeniem badań profilaktycznych), pobyt w szpitalu lub inne leczenie (np. operację) w związku z: udarem mózgu / wylewem krwi do mózgu, zawałem serca, kardiomiopatią, operacją naczyń wieńcowych lub aorty, wadą zastawek serca, transplantacją mięśnia sercowego, chorobą niedokrwienną serca / chorobą wieńcową, miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca / niewydolnością serca, otyłością, cukrzycą?  Tak  Nie
2. Czy w ciągu ostatnich 3 lat zdiagnozowano u Ciebie lub leczyłaś/-eś się z powodu chorób wymienionych w pytaniu 1?  Tak  Nie

**Jeśli odpowiedziałeś „Tak”, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Kardiologicznego. Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.**

## 3. Zakres ubezpieczenia i składka (wybierz tylko jeden wariant)

Zakres ubezpieczenia		Wysokość sumy ubezpieczenia				
		wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 4	wariant 5
Rozpoznanie choroby kardiologicznej		20 000 zł	30 000 zł	50 000 zł	80 000 zł	100 000 zł
Uszczerbek na zdrowiu w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu	100% uszczerbku na zdrowiu	15 000 zł	20 000 zł	30 000 zł	40 000 zł	50 000 zł
	1% uszczerbku na zdrowiu	150 zł	200 zł	300 zł	400 zł	500 zł
Pobyt w szpitalu w celu leczenia choroby kardiologicznej (za każdy rozpoczęty dzień)		50 zł	60 zł	80 zł	90 zł	100 zł
Pobyt w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym w celu leczenia choroby kardiologicznej (maksymalnie za 30 dni w roku polisy)		50 zł	60 zł	80 zł	90 zł	100 zł
Świadczenia zdrowotne		tak	tak	tak	tak	tak
Składka miesięczna		<input type="checkbox"/> 14 zł	<input type="checkbox"/> 18 zł	<input type="checkbox"/> 26 zł	<input type="checkbox"/> 37 zł	<input type="checkbox"/> 45 zł

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

--

Data (dd-mm-rrrr)

--

Czytelny podpis osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

**Pamiętaj!**

Wskaż ten pakiet w deklaracji głównej w części nr 5 „Zakres Twojego ubezpieczenia” oraz wpisz składkę za wybrany wariant.

Kod dokumentu: 476\_2\_0323

Wypełnij, jeśli wybierasz dodatkowo Pakiet Onkologiczny.

## 1. Twoje dane

--

Nazwisko

--

Imię/imiona

--

PESEL

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Data urodzenia (dd-mm-rrrr; jeśli nie masz numeru PESEL)

*Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer paszportu lub karty pobytu.*

paszport

karta pobytu

--

Seria i numer dokumentu

--

Nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

--

cd. nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

--

Numer polisy (uzupełnia UNIQA)

## 2. Oświadczenie medyczne

- Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Ciebie lub prowadzono jakiekolwiek leczenie w związku z nowotworem złośliwym lub in situ?  Tak  Nie
- Czy jesteś w trakcie diagnostyki lub oczekujesz na diagnostykę medyczną w kierunku nowotworu (a w tym białaczki) lub w związku z następującymi objawami: krwawienie z odbytu, przewlekłe biegunki, krwawienia z dróg rodnych, utrata wagi, guzek piersi, zmiany skórne o charakterze rozrostowym lub krwawiącym, duszność, uporczywy/przewlekły kaszel (nie dotyczy kaszlu po chorobach infekcyjnych takich jak zapalenie płuc czy COVID), uporczywe/przewlekłe lub nawracające bóle i zawroty głowy, a szczególnie z rosnącą częstotliwością lub zaburzeniami widzenia (zamglenie/podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku)?  Tak  Nie
- Czy u Twoich biologicznych krewnych: matki, ojca, brata lub siostry przed 50. rokiem życia rozpoznano nowotwór złośliwy jelita, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki, nerek lub czerniaka?  Tak  Nie

**Jeśli odpowiedziałeś „Tak”, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Onkologicznego. Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.**

## 3. Zakres ubezpieczenia i składka (wybierz tylko jeden wariant)

Zakres ubezpieczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia				
	wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 4	wariant 5
Rozpoznanie nowotworu złośliwego typu I lub niezłośliwego guza mózgu	20 000 zł	30 000 zł	50 000 zł	80 000 zł	100 000 zł
Rozpoznanie nowotworu złośliwego typu II lub nowotworu in situ	2 000 zł	3 000 zł	5 000 zł	8 000 zł	10 000 zł
Pobyt w szpitalu w celu leczenia nowotworu (za każdy rozpoczęty dzień)	50 zł	60 zł	80 zł	90 zł	100 zł
Leczenie specjalistyczne	2 000 zł	2 000 zł	2 000 zł	2 000 zł	2 000 zł
Świadczenia zdrowotne	tak	tak	tak	tak	tak
<b>Składka miesięczna</b>	<input type="checkbox"/> 12 zł	<input type="checkbox"/> 16 zł	<input type="checkbox"/> 25 zł	<input type="checkbox"/> 38 zł	<input type="checkbox"/> 46 zł

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Data (dd-mm-rrrr)

--

Czytelny podpis osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

**Pamiętaj!**

Wskaż ten pakiet w deklaracji głównej w części nr 5 „Zakres Twojego ubezpieczenia” oraz wpisz składkę za wybrany wariant.

Kod dokumentu: 476\_3\_0323

Wypełnij, jeśli wybierasz dodatkowo Pakiet Telekonsultacje medyczne.

## 1. Twoje dane

Nazwisko																									
Imię/imiona													PESEL												
Data urodzenia (dd-mm-rrrr; jeśli nie masz numeru PESEL)						<i>Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer paszportu lub karty pobytu.</i> <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu										Seria i numer dokumentu									
Nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)																									
cd. nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)													Numer polisy (uzupełnia UNIQA)												

## 2. Wariant pakietu

Pakiet Telekonsultacje medyczne (forma indywidualna)	<input type="checkbox"/> 10 zł
Pakiet Telekonsultacje medyczne (forma rodzinna)	<input type="checkbox"/> 25 zł

Jeśli wybrałeś formę rodzinną, podaj dane osób, które chcesz objąć ochroną, i złoż oświadczenie o posiadaniu ich zgody na objęcie ubezpieczeniem.

## 3. Dane współmałżonka albo partnera oraz dzieci

1.	Nazwisko	Imię	<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
2.	Nazwisko	Imię	<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
3.	Nazwisko	Imię	<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
4.	Nazwisko	Imię	<input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner

## 4. Oświadczenie o posiadaniu zgody na objęcie ochroną współmałżonka albo partnera oraz dzieci

Oświadczam, że mam zgodę wyżej wskazanych przeze mnie osób na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia Telekonsultacje medyczne.

Tak  Nie **Odpowiedź „Nie” oznacza brak możliwości objęcia ochroną wskazanych osób w ramach tego pakietu.**

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data (dd-mm-rrrr)					
-------------------	--	--	--	--	--

Czytelny podpis osoby, która przystępuje do ubezpieczenia
---

**Pamiętaj!**

Wskaż ten pakiet w deklaracji głównej w części nr 5 „Zakres Twojego ubezpieczenia” oraz wpisz składkę za wybraną formę ubezpieczenia.

