

Prosimy o czytelne wypełnianie drukowanymi literami

Nazwa ubezpieczenia

Ubezpieczający

pieczęć Ubezpieczającego

Numer polisy

Symbol specyfikacji

symbol wpisać wg specyfikacji  
na odwrocie Deklaracji

Ubezpieczony

Płeć\*  kobieta  mężczyzna

Nazwisko

0-  
Telefon, fax

Imiona

0-  
Telefon, fax

PESEL

Miejsce  
zamieszkania

Ulica, nr domu, nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Data zatrudnienia w zakładzie pracy

Zajmowane stanowisko/zawód wykonywany

Warunki ubezpieczenia

Zakres umowy ubezpieczenia jest zgodny z zakresem określonym we Wniosku.

Suma ubezpieczenia

zł słownie złotych

Składka miesięczna

zł słownie złotych

\*  upoważniam pracodawcę do potrącenia składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłków chorobowych, macierzyńskich lub innych wypłat umowy o pracę i przekazania jej na rzecz zakładu ubezpieczeń

Osoba uprawniona

W przypadku wskazania większej liczby osób uprawnionych prosimy o wpisanie danych jak niżej na drugiej stronie deklaracji wraz z procentowym podziałem świadczeń

1	Nazwisko	Imiona	PESEL lub data urodzenia	Udział w kwocie świadczenia	%
2	Nazwisko	Imiona	PESEL lub data urodzenia	Udział w kwocie świadczenia	%
3	Nazwisko	Imiona	PESEL lub data urodzenia	Udział w kwocie świadczenia	%

Dotyczy osoby nowoprzystępującej do grupy po upływie miesiąca od daty jej zatrudnienia u Ubezpieczającego

Oświadczam, iż aktualnie nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, nie przebywam w szpitalu oraz nie mam zaplanowanej operacji chirurgicznej ani pobytu w szpitalu.

czytelny podpis Ubezpieczonego

## Ochrona danych osobowych

**Zostałem poinformowany**, że administratorem danych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, dane osobowe są zbierane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania umowy ubezpieczenia. Odbiorcami danych są podmioty wskazane w ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, podanie danych jest dobrowolne, posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

**Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Art. 27 ust.1 i 2 Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku.

Miejscowość, data

podpis Ubezpieczonego

**Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\*\*** na przetwarzanie moich danych osobowych, również w przyszłości, w zakresie niezbędnym dla celów marketingu bezpośredniego produktów lub usług przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, jak również na posłużenie się przez ten podmiot, a także przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna telefonem, wizjofonem, telefaksem, pocztą elektroniczną lub innym środkiem komunikacji elektronicznej w celu złożenia propozycji zawarcia umowy.

Miejscowość, data

podpis Ubezpieczonego

## Oświadczenia i zobowiązania

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia, do której przystępuję na podstawie niniejszej deklaracji, wyrażam zgodę na udostępnienie UNIQA TU na Życie S.A. przez podmioty udzielające na moją rzecz świadczeń zdrowotnych, dokumentacji medycznej w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, również po mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Udostępnienie dokumentacji medycznej ma na celu udokumentowanie okoliczności dotyczących mojego stanu zdrowia oraz uzyskanych świadczeń zdrowotnych oraz ustalenie zasadności i wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na ujawnienie wobec UNIQA TU na Życie S.A. tajemnicy dotyczącej moich danych, w szczególności związanych ze stanem zdrowia, zawartych w dokumentacji medycznej.

Oświadczam, że wszystkie informacje i dane podane w niniejszej deklaracji zgody są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia, z którymi zostałem/am zaznajomiony/a.

Ponadto w przypadku stwierdzenia przez UNIQA TU na Życie S.A. jakichkolwiek niejasności lub podwyższonego ryzyka wyrażam zgodę na uzupełnienie wniosku i rozszerzenie zakresu udzielonych przeze mnie informacji o dodatkowe pytania lub dokumenty.

miejscowość, data

czytelny podpis Ubezpieczonego

Ubezpieczający (podpisy osób uprawnionych do reprezentowania zakładu pracy)

numer i podpis Pośrednika UNIQA TU na Życie S.A.

Oryginał niniejszej deklaracji otrzymuje UNIQA TU na Życie S.A.

właściwe zakreślić \*\* niepotrzebne skreślić

