



Wniosek o zawarcie umowy  
ubezpieczenia Ochrona z Plusem  
Pakiet Ochronny

# Wniosek

Kod dokumentu (e-Agent): 657\_0421U

510000000  
Numer wniosku

12345678901234567510000000  
Numer rachunku bankowego

## Oświadczenie Ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia

Oświadczam, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia:

- 1) została przeprowadzona ze mną rozmowa identyfikująca moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, pozwalające na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia;
- 3) zostały mi doręczone Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem Pakiet Ochronny oraz dokument Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Oświadczam, że wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Anna Ochronna

Czytelny podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami. Jeśli Ubezpieczający działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku załącz Formularz AML i rezydencji podatkowej.

## Dane Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

OCHRONNA

Nazwisko

ANNA

Imię, imiona

77012345678

PESEL

23011977

Data urodzenia

Płeć  kobieta  mężczyzna

POLSKA

Państwo urodzenia

ZBL012345

seria i numer dokumentu tożsamości

dowód osobisty  paszport  karta pobytu

Obywatelstwo

polskie  inne

jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie

Pod wskazany niżej numer telefonu/adres e-mail wysyłana będzie wszelka korespondencja dotycząca ubezpieczenia, w tym m.in. informacje o powstaniu niedopłaty lub braku wpływu składki.

600700800 OCHRONNA@GMAIL.COM

Telefon komórkowy

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

## Adres zamieszkania

PLUSOWA

Ulica

7/5

Numer domu/lokalu

PAKIETOWO

Miejscowość

12-345 POLSKA

Kod pocztowy

Kraj

## Oświadczenie dotyczące posiadania statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.<sup>1</sup>

Ubezpieczający będący Ubezpieczonym:  Tak  Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

## Dane Uposażonych

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

1. OCHRONNY JAN

Nazwisko, imię

06061974

Data urodzenia

50%

Procentowy udział w świadczeniu

2. OCHRONNY KRZYSZTOF

Nazwisko, imię

01041984

Data urodzenia

50%

Procentowy udział w świadczeniu

## Parametry ubezpieczenia

Kod wariantu stanowiącego załącznik do niniejszego wniosku: WRP2

Dodatkowe świadczenia medyczne i opiekuńcze:

MediPomoc – forma indywidualna  MediPomoc – forma rodzinna

Składka:

100,00 zł  
Składka za pakiet

21,00 zł  
Składka za MediPomoc

121,00 zł  
Łączna składka za pakiet i za MediPomoc

## Oświadczenie medyczne

- 1) Czy przez ostatnie 5 lat prowadzono u Pana/Pani diagnostykę lub rozpoznano u Pana/Pani chorobę serca, niewydolność krążenia, nadciśnienie tętnicze krwi przekraczające wartości 160/100, udar mózgu, epilepsję, niedowład, choroby płuc, choroby nerek, choroby psychiczne, cukrzycę, choroby wątroby, choroby reumatyczne, stwardnienie rozsiane, choroby zakaźne (w szczególności WZW typu B, typu C, HIV), guza lub nowotwór?
- 2) Czy choruje Pan/Pani lub zamierza Pan/Pani poddać się leczeniu w związku z ww. chorobami?
- 3) Czy przebywa Pan/Pani w szpitalu lub planuje hospitalizację i leczenie operacyjne?
- 4) Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał/-a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim

dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni (nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań, skręceń, zwichnięć)?

- 5) Czy ma Pan/Pani orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji?

Tak  Nie

*Należy zaznaczyć „Tak” w przypadku twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań powyżej. Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.*

*Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.*

## Oświadczenie o wykonywanym zawodzie

Czy wykonuje Pan/Pani jeden z niżej wymienionych zawodów:

pracownik budowlany wykonujący pracę na wysokości (powyżej 6 m), pod ziemią lub przy rozbiórce budynków, pracownik leśny pracujący przy pozyskiwaniu drewna, pracownik tartaku, operator dźwigów lub suwnic, artysta cyrkowiec, kaskader, pracownik platformy wiertniczej, górnik i inny pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, marynarz i rybak, ratownik górski, wodny lub lotniczy, funkcjonariusz agencji bezpieczeństwa, służb specjalnych lub formacji uzbrojonych, straży miejskiej, leśnej, kolejowej oraz ochrony mienia posiadający broń palną, policjant, strażak, żołnierz zawodowy, korespondent wojenny, nurek lub inna osoba wykonująca prace

pod wodą, pracownik przy lub z wykorzystaniem materiałów wybuchowych (w tym ich transport), przewożenie paliw lub ładunków niebezpiecznych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, sportowiec, kierowca wyścigowy i rajdowy, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego w odlewniach, walcowniach?

Tak  Nie

*Jeżeli zaznaczono „Tak”, Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.*

*Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.*

## Dobrowolne oświadczenie Ubezpieczonego dotyczące ochrony ubezpieczeniowej w poprzednim zakładzie ubezpieczeń

Oświadczam, że:

- 1) byłem/-am objęty/-a ochroną ubezpieczenia na życie w innym zakładzie ubezpieczeń i ochrona zakończyła się w okresie nie dłuższym niż 2 miesiące od daty podpisania niniejszego wniosku albo jestem objęty/-a ochroną ubezpieczenia na życie w innym zakładzie ubezpieczeń i ochrona zakończyła się w okresie nie dłuższym niż 1 miesiąc od daty podpisania niniejszego wniosku;
- 2) jestem świadomy/-a, że w ubezpieczeniu, o które wnioskuje, do okresu karencji zalicza się okres nieprzerwanej ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w takim samym zakresie w ramach poprzedniego ubezpieczenia, przy czym przez poprzednie ubezpieczenie rozumie się ochronę ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo lub inny zakład ubezpieczeń w ramach ubezpieczenia na życie, względem którego ochrona zakończyła się przed rozpoczęciem odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia lub zakończy się w ciągu 1 miesiąca od daty podpisania niniejszego wniosku;
- 3) w sytuacji opisanej powyżej, świadczenie ograniczone jest do wysokości niższego z następujących świadczeń:
  - świadczenia należnego z tytułu OWU lub OWUD albo
  - świadczenia należnego w ramach poprzedniego ubezpieczenia.

- 4) zostałem/-am poinformowany/-a, że warunkiem zaliczenia okresu karencji z poprzedniego ubezpieczenia w innym zakładzie ubezpieczeń jest dostarczenie do Towarzystwa wraz z wnioskiem o zgłoszenie zdarzenia informacji z zakładu ubezpieczeń, zawierającej:

- datę początku i końca ochrony ubezpieczeniowej,
- nazwę zakładu ubezpieczeń, w którym było zawarte poprzednie ubezpieczenie,
- szczegółowy zakres ubezpieczenia,
- sumy ubezpieczenia.

Nazwa zakładu ubezpieczeń, z którym zawarta była poprzednia umowa ubezpieczenia

Tak  Nie

*Jeżeli nie zaznaczono „Tak”, Towarzystwo uznaje, że powyższe oświadczenie nie dotyczy Ubezpieczonego.*

## Deklaracja zgody na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51 (Towarzystwo), moich danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekaza-

nych Towarzystwu, w celu wykonania umowy ubezpieczenia oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

## Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwałą nośnik i komunikację elektroniczną

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

Wnoszę o przesyłanie mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany w niniejszym wniosku adres e-mail.

## Upoważnienia dla Towarzystwa oraz poniżej wskazanych podmiotów

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (UNIQA) oraz Partnera Medycznego 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 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.

Wyrażam zgodę na udostępnienie UNIQA i Partnerowi Medycznemu ww. danych i dokumentacji.

Wyrażam zgodę na przekazywanie UNIQA i Partnerowi Medycznemu 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 UNIQA oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam UNIQA i Partnera Medycznego do zasięgania informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności UNIQA;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem/-am ubezpieczony/-a lub w których złożony został wniosek o zawarcie lub wystąpienie do umowy ubezpieczenia w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przez Ubezpieczonego danych oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego 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.

## Klauzula marketingowa (kod: 1AP657)

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. – oferty ubezpieczeń majątkowych
  - UNIQA TUnŻ S.A. – oferty ubezpieczeń na życie i zdrowie
  - UNIQA TFI S.A. – oferty funduszy inwestycyjnych
  - UNIQA Polska S.A. – doradztwo ubezpieczeniowe
- Wszystkie spółki z siedzibą przy ul. Chłodnej 51 w Warszawie (00-867).

Oferty mogą być mi przedstawiane:

- głosowo (np. połączenia telefonicznie)
  - mailem
  - poprzez SMS
  - za pośrednictwem mediów społecznościowych
  - za pośrednictwem serwisów transakcyjnych UNIQA
  - w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)
  - pocztą tradycyjną
- również przy użyciu automatycznych systemów wywołujących.

Zgoda obejmuje także profilowanie, które będzie służyć określeniu preferencji i potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

01062018 Anna Ochronna

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego będącego Ubezpieczonym

## Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku oraz oświadczam, iż dokonałem weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

POŚREDNICZĄCY

Nazwisko

MARIAN

Imię

PIECZĄTKA

987654

Numer systemowy UNIQA

123

Numer nadany u Partnera Zewnętrznego (jeśli nadano)

Marian Pośredniczący

Pieczątka i czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, współmałżonków).