



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna  
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132  
tel. 42 66 66 500 lub 801 597 597  
zycie@uniqa.pl, www.uniqa.pl  
Sąd Rejonowy dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi  
KRS 000005751, NIP 554-100-15-22  
Kapitał zakładowy i wpłacony: 42 774 700 PLN

## Deklaracja zgody

Rodzina & Odpowiedzialność Pracownicze ubezpieczenie na życie GOP-04

Prosimy o czytelne wypełnianie drukowanymi literami

Ubezpieczający

Numer polisy

85007054

Wnioskujący  
Ubezpieczony

Płeć\*\*

 K  M

Adres zamieszkania

Adres korespondencyjny

Adres e-mail,

na który będą przesyłane wszelkie informacje dotyczące Umowy Ubezpieczenia

Nr telefonu

Identyfikacja  
Ubezpieczonego

Obywatelstwo

Kraj urodzenia w przypadku braku nr PESEL

Dokument tożsamości\*\*:

Dowód osobisty

Karta stałego  
pobytu

Paszport

Seria i nr

Warunki ubezpieczenia:

Suma  
ubezpieczenia

20 000 zł

Składka mies.

59,00 zł

Zawód wykonywany

Uprawniony:

1.

Adres  
korespondencyjny

2.

Adres  
korespondencyjny

3.

Adres  
korespondencyjny

Oświadczenie Medyczne i Zawodowe:

Wszyscy przystępujący - obligatoryjnie należy podpisać oświadczenie A, B i C

### Część A

Na zapytanie UNIQA TU na Życie S.A. oświadczam, iż:

1. Nie przebywam obecnie na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni.
2. Nie mam orzeczonej niepełnosprawności i nie przebywam na rencie.

TAK, mogę podpisać niniejsze oświadczenia\*\*

NIE, nie mogę podpisać niniejszych oświadczeń\*\*

podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

### Część B

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. Obecnie nie choruję, ani w przeszłości nie chorowałam/em i nie została u mnie rozpoznana żadna z wymienionych chorób:

zawał, stenocardia/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, białaczka, nowotwór złośliwy, AIDS (w tym zakażenie HIV), niewydolność nerek, cukrzyca, hiperlipidemia, hipercholesterolemia, hipertrójglicydemia, dna mocznicowa, niewydolność wątroby, zółtaczka w tym WZW typu A,B,C; depresję, schizofrenię.

2. Nie mam orzeczonej niepełnosprawności i nigdy nie przebywałam / przebywałem na rencie.

3. Nie przebywałam / przebywałem w ciągu 3 ostatnich lat na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 dni (za wyjątkiem ciąży i opieki nad dzieckiem).

TAK, mogę podpisać niniejsze oświadczenia\*\*

NIE, nie mogę podpisać niniejszych oświadczeń\*\*

podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

**Część C****Oświadczenie zawodowe**

Na zapytanie UNIQA TU na Życie S.A. oświadczam, iż: **nie wykonuję żadnego z wymienionych w niniejszym oświadczeniu zawodów:**

Pracownik budowlany (praca na wysokości powyżej 4 m, przy rozbiórkach budynków, pod ziemią), pracownik tartaku, pracownik przemysłu wydobywczego pracujący pod ziemią, pracownik platformy wiertniczej, pracownik leśny, artysta cyrkowy, kaskader, sportowiec, pilot, nurek, kierowca rajdowy, kierowca przewożący ładunki niebezpieczne i wybuchowe lub pracownik wykonujący zawody z wykorzystaniem takich materiałów, pracownik służb mundurowych ( w tym między innymi: żołnierz zawodowy, funkcjonariusze służb specjalnych lub formacji zbrojnych, strażak, policjant, strażnik miejski) oraz inni pracownicy posiadający broń, marynarz / rybak, ratownik górski, wodny, lotniczy, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1kV, pracownik fizyczny przemysłu metalurgicznego, operator dźwigów i suwnic.

TAK, mogę podpisać niniejsze oświadczenia\*\*

NIE, nie mogę podpisać niniejszych oświadczeń\*\*

podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

**Oświadczenia**

Oświadczam, że otrzymałam/em i zapoznałam/em 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 lub/i wyrażeniem zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałam/em od Ubezpieczającego Ogólne Warunki ubezpieczenia Pracowniczego na Życie – GOP-04 (OWU) wraz z odpowiednimi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych (OWUD) zatwierdzone Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 03.10.2012 r. wraz z OWUD "POMOC MEDYCZNA" zatwierdzonego Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 14.12.2010 r., Aneks uniwersalny do OWU zatwierdzonego Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 04.01.2017 r., Aneks GOP-GRO zatwierdzonego Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 18.12.2013 r., Tabelę operacji, Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu zatwierdzone Uchwałą Zarządu UNIQA TU na Życie S.A. z dnia 24.07.2014r., warunki umowy ubezpieczenia oraz wykazy informacji wymagane przepisem art. 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wraz z informacją dotyczącą procedury składania i rozpatrywania reklamacji. Dokumenty wymienione powyżej otrzymałam/em:

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 wysokością 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 udzielił 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 automatyzowany 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:\*\*

**ZAZNACZ 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.

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

data miejscowość	nr i podpis Pośrednika / Reprezentanta UNIQA TU na Życie S.A.	podpis Ubezpieczającego	data i podpis Wnioskującego/Ubezpieczonego

\* - Do deklaracji należy wprowadzić w wymaganych polach dane o Branży i Statusie Prawnym Pracodawcy Ubezpieczonego zgodnie z poniższą tabelą:

BRANŻA PRACODAWCY UBEZPIECZONEGO (W polu należy podać kod wyboru z poniższej listy):		Osobowość prawna PRACODAWCY UBEZPIECZONEGO (W polu należy podać kod wyboru z poniższej listy):	
KOD	Branża pracodawcy Ubezpieczonego	KOD	Nazwa statusu osobowości prawnej
01	Bankowość / finanse / ubezpieczenia	01	osoba fizyczna
02	Edukacja / nauka / kultura	02	osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
03	Administracja / sektor publiczny	03	osoba fizyczna wykonująca wolny zawód
04	Służba zdrowia	00	Inne- wpisać jakie .....
05	IT / telekomunikacja		
06	Energetyka		
07	Usługi prawnicze		
08	Handel		
09	Przemysł		
10	Usługi transportowe		
11	Górnictwo		
12	Usługi		
13	Turystyka / hotelarstwo		
14	Rollnictwo		
15	Służby mundurowe		
16	Budownictwo		
17	Marketing / reklama		
18	Inne : wpisać jakie: .....		

\*\* - odpowiednie zakreślić  
G0P-GR3