

DANE OSOBOWE I ADRESOWE

Imię:		Nazwisko:	
PESEL:		Dokument tożsamości	
Obywatelstwo		Nr dokumentu tożsamości	
Branża pracodawcy			
Adres	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Adres korespondencyjny	Kod pocztowy miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania		
Email		Telefon	

CZŁONKOWIE RODZINY

Imię i Nazwisko	Pesel	Stopień pokrewieństwa

UPOSAŻENI

Imię i Nazwisko / Firma	Pesel / Regon	Udział	Stopień pokrewieństwa

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

1. Wzrost: Waga:

2. Czy przebywa Pan/Pani obecnie na zwolnieniu lekarskim i jest niezdolny/a do pracy z powodu nieszczęśliwego wypadku lub choroby, a także czy jest Pan/Pani poddawany/a obecnie leczeniu albo jest pod szczególnym nadzorem/opieką lekarską?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Czy jest Pan/Pani niepełnosprawny/a, albo przewlekle chory/a ? w szczególności czy ma Pan/Pani orzeczony stopień niepełnosprawności i pobiera świadczenia z tytułu niezdolności do pracy?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat Pan/Pani przebywał/a na zwolnieniu lekarskim lub był/a poddawany/a leczeniu, a w szczególności leczeniu szpitalnemu nieprzerwanie, przez 30 dni lub dłużej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Czy w ciągu ostatnich 5 lat stwierdzono u Pana/Pani i był/a leczony/a z powodu: chorób serca (w szczególności zawał serca), cukrzycy lub jakiegokolwiek choroby nerek, chorób układu pokarmowego, udaru mózgu lub wylewu krwi do mózgu, jakiegokolwiek nowotworu, padaczki, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego, jakiegokolwiek choroby naczyń krwionośnych, miażdżycy, choroby krwi (w szczególności białaczki), jakiegokolwiek choroby układu oddechowego, chorób reumatycznych (ból stawów), lub chorób szyi i kręgosłupa, które wymagały leczenia przez okres dłuższy niż 10 dni?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Czy w ciągu ostatnich 5 lat Pan/Pani był/a poddany/a operacji chirurgicznej w połączeniu z dłuższym niż 7 dni pobytem w szpitalu oraz w okresie najbliższych 12 miesięcy i ma Pan/Pani zaplanowane leczenie szpitalne, operacyjne, badania specjalistyczne zalecone przez lekarza (z wyłączeniem badań okresowych- pracowniczych)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

W przypadku odpowiedzi TAK – zawarcie ubezpieczenia wymaga zgody Centrali.

W przypadku odpowiedzi TAK należy wypełnić dodatkowo ankietę medyczną ogólną oraz odpowiednią dodatkową ankietę medyczną szczegółową – w zależności od rodzaju schorzenia

OŚWIADCZENIA UBEZPIEZAJĄCEGO

Wymagane do zawarcia ubezpieczenia:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dotyczących stanu zdrowia przez UNIQA TU na Życie S.A. z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, wyłącznie w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia
- Wyrażam zgodę, aby UNIQA TU na Życie S.A. uzyskała od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mu świadczeń zdrowotnych oraz wszelkich podmiotów dysponujących informacjami o moim stanie zdrowia na podstawie odrębnych przepisów prawa

Pozostałe dobrowolne:

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

dla UNIQA TU na ŻYCIE S.A.:

- rozmowy telefonicznej SMS/MMS E-MAIL papierowej po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia

dla UNIQA TU S.A.:

- rozmowy telefonicznej SMS/MMS E-MAIL papierowej po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia

- Wyrażam zgodę na składanie przez UNIQA TU na Życie S.A. oświadczeń i przekazywanie informacji związanych z zawarciem/przystąpieniem 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.

Oświadczenie PEP

Czy Ubezpieczający jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP) / członkiem rodziny PEP / bliskim współpracownikiem PEP?

- TAK NIE

Jeśli TAK, to proszę udzielić odpowiedzi dodatkowych na poniższe pytania:

Źródła finansowania składki:

- działalność gospodarcza umowa o pracę E-umowa zlecenie / o dzieło emerytura inne

Źródła majątku:

- działalność gospodarcza umowa o pracę E-umowa zlecenie / o dzieło emerytura inne

PEP to osoba fizyczna, zajmująca eksponowane stanowisko polityczne, np. szefowie państwa, rządów, prezydent, prezes rady ministrów, posłowie, senatorowie, ministrowie, wiceministrowie, prezesi, wiceprezesi zarządów banków centralnych, oficerowie sił zbrojnych, ambasadorowie, czy szefowie urzędów naczelnych i centralnych organów państwowych, sędziowie sądu najwyższego, sędziowie sądów apelacyjnych.

Członek rodziny PEP, np. małżonek lub partner życiowy takiej osoby, dziecko lub rodzic.

Bliscy współpracownicy PEP to osoby, które wspólnie z PEP sprawują kontrolę nad firmą, np. współudziałowiec w spółce z ograniczoną odpowiedzialnością, partner w spółce partnerskiej utworzonej w celu osiągnięcia korzyści przez PEPA.

Data, miejscowość, podpis Ubezpieczającego