



Wniosek o dokonanie zmian  
w ubezpieczeniu na życie Ochrona z Plusem  
dla klienta indywidualnego

# Wniosek

Kod dokumentu: 798\_0421U

## Zmiana:

danych Ubezpieczonego  osób Uposażonych  zakresu ubezpieczenia

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

### Dotychczasowe dane osoby, której dane mają ulec zmianie

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PESEL (w przypadku obywatelstwa innego niż polskie: data urodzenia)

### Proszę o zmianę następujących danych

Prosimy podać tylko te dane, które ulegają zmianie. W przypadku gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym, zmiana danych będzie odnosiła się zarówno do Ubezpieczającego, jak i do Ubezpieczonego. Zmiana będzie odnosiła się do każdego grupowego ubezpieczenia na życie lub ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem, w ramach którego Ubezpieczony objęty jest ochroną.

Ubezpieczonego  Ubezpieczającego

W przypadku zmiany nazwiska, serii i numeru dokumentu tożsamości konieczne jest załączenie do wniosku kserokopii dokumentu tożsamości potwierdzającego nowe dane albo złożenie wniosku u przedstawiciela UNIQA.

#### Zmiana nazwiska

Nazwisko \_\_\_\_\_

#### Seria i numer dokumentu tożsamości

\_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości  dowód osobisty  
 paszport  
 karta pobytu

#### Zmiana adresu zamieszkania

Ulica \_\_\_\_\_ Numer domu/lokalu \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

#### Zmiana numeru telefonu lub adresu e-mail

\_\_\_\_\_  
Telefon komórkowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

#### Zmiana Uposażonych

Prosimy wskazać polisę, w ramach której dane Uposażonego mają ulec zmianie.

\_\_\_\_\_  
Numer polisy \_\_\_\_\_ Numer polisy \_\_\_\_\_ Numer polisy \_\_\_\_\_ Numer polisy \_\_\_\_\_

Suma procentowych udziałów w świadczeniu musi wynosić 100.

1.	_____ Nazwisko, imię	_____ Data urodzenia	_____ Procentowy udział w świadczeniu
2.	_____ Nazwisko, imię	_____ Data urodzenia	_____ Procentowy udział w świadczeniu
3.	_____ Nazwisko, imię	_____ Data urodzenia	_____ Procentowy udział w świadczeniu

Powyższe zmiany obowiązują od dnia następującego po dniu otrzymania przez Towarzystwo niniejszego wniosku.

## Zmiana zakresu ubezpieczenia – Pakiet Ochronny

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

Wnioskowany kod wariantu  
stanowiącego załącznik do niniejszego wniosku: \_\_\_\_\_

Dodatkowe świadczenia medyczne i opiekuńcze:  MediPomoc – forma indywidualna  MediPomoc – forma rodzinna

Składka: \_\_\_\_\_ zł      \_\_\_\_\_ zł      \_\_\_\_\_ zł  
Składka za pakiet      Składka za MediPomoc      Łączna składka za pakiet i za MediPomoc

Prosimy wypełnić oświadczenie medyczne oraz oświadczenie o wykonywanym zawodzie, jeśli wnioskowana zmiana wariantu wiąże się z podwyższeniem sumy ubezpieczenia na:

- śmierć Ubezpieczonego, lub
- śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, lub
- poważne zachorowanie Ubezpieczonego, lub
- pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.

### 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 zmiany zakresu 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 pracę pod wodą, pracownik wykonujący pracę 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 zmiany zakresu ubezpieczenia.

Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.

## Zmiana zakresu ubezpieczenia – Pakiet Moje Dziecko

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

### Wnioskowany wariant ubezpieczenia

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 35 zł	<input type="checkbox"/> 45 zł	<input type="checkbox"/> 65 zł

Powyższe zmiany zakresu ubezpieczenia obowiązują od rocznicy polisy, pod warunkiem przekazania Towarzystwu niniejszego wniosku najpóźniej w terminie 30 dni poprzedzających rocznicę polisy i uzyskania akceptacji Towarzystwa na dokonanie zmian, potwierdzonej polisą.

Ważność niniejszego wniosku wynosi 60 dni.

Uwaga! Podpisany wniosek należy przesać na adres:

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

lub e-mailem na adres: [grupynf.grupynf@uniqa.pl](mailto:grupynf.grupynf@uniqa.pl) – wysłanym z uprzednio wskazanemu Towarzystwu adresu e-mail.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Ubezpieczającego

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na: [www.uniqa.pl/rodo](http://www.uniqa.pl/rodo)

### Pośrednik ubezpieczeniowy

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

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Numer wewnętrzny/RAU

\_\_\_\_\_  
Data

Podpis

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego