



Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z opieką zdrowotną Plan Medyczny

Wniosek

Numer wniosku

Numer rachunku bankowego

Oświadczenie ubezpieczającego przed zawarciem umowy ubezpieczenia

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia:

- 1) przeprowadzono ze mną rozmowę identyfikującą moje potrzeby i wymagania w zakresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) podano mi obiektywne informacje o proponowanym produkcie, które pozwalały mi podjąć świadomą decyzję o zawarciu umowy ubezpieczenia;
- 3) doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opieką zdrowotną Plan Medyczny oraz dokument Przetwarzanie danych osobowych.

Oświadczam, że zakres ochrony, o który wnioskuję, i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Podpis

Czytelny podpis ubezpieczającego

Prosimy wypełnić formularz drukowanymi literami. Jeśli ubezpieczający jest osobą prawną lub jeśli działa przez przedstawiciela (np. pełnomocnika), do wniosku załącz Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Dane ubezpieczającego

Nazwisko¹

Imię, imiona

Data urodzenia

PESEL

Płeć kobieta mężczyzna

Państwo urodzenia

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)

- dowód osobisty
 mDowód
 paszport
 karta pobytu

Seria i numer dokumentu tożsamości

NIP²

Telefon komórkowy

E-mail (prosimy wypełnić drukowanymi literami)

Adres zamieszkania/siedziby³

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania/siedziby)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Dane ubezpieczonego (wypełnij wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczonym jest inna osoba niż ubezpieczający)

Nazwisko

Imię, imiona

Data urodzenia

PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano

seria i numer dokumentu tożsamości
 paszport karta pobytu

Obywatelstwo

polskie inne

(jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie)

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

Oświadczenie ubezpieczającego dotyczące posiadania statusu osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

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

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.⁴

Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Dane uposażonego

Nazwisko, imię

Data urodzenia

%
Procentowy udział w świadczeniu

Nazwisko, imię

Data urodzenia

%
Procentowy udział w świadczeniu

24970923

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, tel. 22 599 95 22, www.uniqa.pl
Organ rejestrowy: Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS, Nr KRS 41216, NIP 521-10-36-859
Kapitał zakładowy: 496 772 608 zł – wpłacony w całości

Wariant, forma, składka

Katalog świadczeń zdrowotnych różni się w zależności od wariantu.	Wariant podstawowy			Wariant rozszerzony		
	Zakres ubezpieczenia: • dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z OWU • suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego: 100 zł Dla wskazanych świadczeń zdrowotnych obowiązuje dopłata.					
Forma ubezpieczenia	indywidualna	partnerska	rodzinna	indywidualna	partnerska	rodzinna
Miesięczna	<input type="checkbox"/> 72 zł	<input type="checkbox"/> 144 zł	<input type="checkbox"/> 216 zł	<input type="checkbox"/> 165 zł	<input type="checkbox"/> 330 zł	<input type="checkbox"/> 495 zł
Kwartalna	<input type="checkbox"/> 212 zł	<input type="checkbox"/> 424 zł	<input type="checkbox"/> 636 zł	<input type="checkbox"/> 486 zł	<input type="checkbox"/> 972 zł	<input type="checkbox"/> 1458 zł
Półroczna	<input type="checkbox"/> 416 zł	<input type="checkbox"/> 832 zł	<input type="checkbox"/> 1248 zł	<input type="checkbox"/> 953 zł	<input type="checkbox"/> 1907 zł	<input type="checkbox"/> 2860 zł
Roczna	<input type="checkbox"/> 800 zł	<input type="checkbox"/> 1600 zł	<input type="checkbox"/> 2400 zł	<input type="checkbox"/> 1833 zł	<input type="checkbox"/> 3667 zł	<input type="checkbox"/> 5500 zł

Karencja

Nie udostępnimy oraz nie pokryjemy kosztów świadczeń zdrowotnych związanych z prowadzeniem ciąży w pierwszych 9 miesiącach polisy liczonych od daty początku ochrony ubezpieczeniowej, którą wskazujemy w polisie.

Dane osób współubezpieczonych (wypełnij w przypadku formy partnerskiej lub rodzinnej)

1. Nazwisko, imię	<input type="checkbox"/> PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Współmałżonek/partner
2. Nazwisko, imię	<input type="checkbox"/> PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Współmałżonek/partner
3. Nazwisko, imię	<input type="checkbox"/> PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Współmałżonek/partner
4. Nazwisko, imię	<input type="checkbox"/> PESEL (jeśli nadano) lub jeśli nie nadano seria i numer dokumentu tożsamości <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	<input type="checkbox"/> Dziecko <input type="checkbox"/> Współmałżonek/partner

Oświadczenia ubezpieczonego (w przypadku gdy ubezpieczony nie jest ubezpieczającym)

Oświadczam, że:

- przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opieką zdrowotną Plan Medyczny;
- zgadzam się na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową, świadczoną na podstawie ww. dokumentu, w tym na wysokości sum ubezpieczenia;
- upoważniam ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na zmiany w umowie ubezpieczenia, która zostanie zawarta na podstawie tego wniosku, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia i sum ubezpieczenia.

Oświadczenie ubezpieczającego, ubezpieczonego i współubezpieczonego o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną

Zgadzam się na przekazywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i po jej zawarciu, na trwałym nośniku⁵ oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na podany adres e-mail.

Proszę, aby odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje przysyłać na podany adres e-mail.

Klauzula marketingowa ubezpieczającego (kod: ZM2023W01)

Zgadzam się, aby wszystkie poniższe spółki UNIQA przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe za pośrednictwem wszystkich poniższych kanałów kontaktu.

Jeśli chcesz udzielić zgody tylko wybranym spółkom i na wybrane kanały kontaktu, zaznacz je poniżej.

Zgadzam się, aby:

- UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
- UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
- UNIQA Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.
- UNIQA Polska S.A. (dystrybucja ubezpieczeń majątkowych i na życie, produktów inwestycyjnych i emerytalnych)

przekazywały mi informacje handlowe lub marketingowe:

- za pośrednictwem e-mail i SMS
- telefonicznie, w tym z użyciem automatycznych systemów wywołujących (te systemy będą kontaktować się z Tobą bez bezpośredniego udziału człowieka)

Zgód udzielasz dobrowolnie i w każdej chwili możesz je wycofać.

Upoważnienie ubezpieczonego lub współubezpieczonego dla UNIQA oraz wskazanych niżej podmiotów

Zgadzam się, aby UNIQA TU na Życie S.A. oraz Telmedicin sp. z o.o. występowali 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 weryfikację 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 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;

3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;

4) przyczynę mojej śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Zgadzam się, aby Narodowy Fundusz Zdrowia przekazywał UNIQA TU na Życie S.A. oraz Telmedicin sp. z o.o. dane 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 odszkodowania lub świadczenia.

Powyższe oświadczenia, upoważnienia i zgody pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Poniższym podpisem potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń, które mnie dotyczą.

D D M M R R R R

Data

Podpis

Czytelny podpis ubezpieczającego

D D M M R R R R

Data

Podpis

Czytelny podpis ubezpieczonego

D D M M R R R R

Data

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (1)*

D D M M R R R R

Data

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (2)*

D D M M R R R R

Data

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (3)*

D D M M R R R R

Data

Podpis

Czytelny podpis współubezpieczonego (4)*

* rodzica lub opiekuna prawnego w przypadku gdy współubezpieczonym jest dziecko

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w tym wniosku ubezpieczeniowym oraz weryfikację tożsamości ubezpieczającego na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku ubezpieczeniowym.

D D M M R R R R

Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego

1. Lub nazwa, w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą. Taki ubezpieczający do wniosku załącza zawsze aktualny odpis z KRS lub CEIDG lub inny właściwy dokument.
2. Wypełnić w przypadku gdy ubezpieczającym jest osoba prawna, jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej lub osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą.
3. Adres głównego miejsca wykonywania działalności gospodarczej w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą.
4. Zgodnie z art. 2 ust. 2 ustawy z 1.03.2018 r. 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, małżonków). Pełną definicję znajdziesz także w dokumencie „Definicja PEP” na uniqa.pl.
5. Trwały nośnik to materiał lub urządzenie umożliwiające użytkownikowi przechowywanie informacji w sposób zapewniający: (a) dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji, oraz (b) odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci. Trwałym nośnikiem jest np. plik PDF: wysyłany na adres e-mail lub przekazany na płycie CD lub na pendrive.