



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
90-520 Łódź, ul. Gdańska 132
tel. 42 63 44 700, fax 42 63 77 430
Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieście w Łodzi
KRS 0000005751, NIP 554-100-15-22
Kapitał zakładowy i wpłacony: 42 774 700 PLN

Rodzina & Odpowiedzialność

Ubezpieczenie na życie
Pomocna dłoń

Deklaracja
przystąpienia

Prosimy o czytelne wypełnianie drukowanymi literami

Numer polisy

Ubezpieczający

Nazwa / imię i nazwisko

REGON/PESEL

Pośrednik/Agent

Imię i nazwisko Pośrednika/Agent

Numer

Osoba obsługująca
w Spółdzielni Mieszkaniowej
lub Wspólnocie Mieszkaniowej

Imię i nazwisko osoby obsługującej w Spółdzielni Mieszkaniowej lub Wspólnocie Mieszkaniowej

Numer

Ubezpieczony I

Imię

Nazwisko

pleć

K/M

Status prawny**

PESEL

Telefon kontaktowy

Data urodzenia

dzień, miesiąc, rok

Branża pracodawcy**

Adres e-mail

Identyfikacja Ubezpieczonego

Obywatelstwo*

polskie

inne - jakie?

Dokument*

Dowód osobisty

Paszport

Karta pobytu

Seria i nr

Kraj wydania dokumentu

Nr rachunku bankowego
Ubezpieczonego, na który
będzie dokonany zwrot składki

Osoba uprawniona*

Ubezpieczony 2

Osoba wskazana

W przypadku Wariantu dla Ciebie
zaznacz "Osoba wskazana" lub nie
wskazuj osoby uprawnionej.

1.

Imię i nazwisko

Adres korespondencyjny

PESEL lub
data urodzenia

rok

m-c

dzień

% udziału

2.

Imię i nazwisko

Adres korespondencyjny

PESEL lub
data urodzenia

rok

m-c

dzień

% udziału

Ubezpieczony 2

Imię

Nazwisko

pleć

K/M

Status prawny**

PESEL

Telefon kontaktowy

Data urodzenia

dzień, miesiąc, rok

Branża pracodawcy**

Adres e-mail

Identyfikacja Ubezpieczonego

Obywatelstwo*

polskie

inne - jakie?

Dokument*

Dowód osobisty

Paszport

Karta pobytu

Seria i nr

Kraj wydania dokumentu

Osoba uprawniona*

Ubezpieczony 1

Osoba wskazana

1.

Imię i nazwisko

Adres korespondencyjny

PESEL lub
data urodzenia

rok

m-c

dzień

% udziału

2.

Imię i nazwisko

Adres korespondencyjny

PESEL lub
data urodzenia

rok

m-c

dzień

% udziału

Adres zamieszkania

Adres zamieszkania Ubezpieczony 1	<input type="text"/> Ulica	<input type="text"/> Nr domu	<input type="text"/> Nr mieszkania
	<input type="text"/> Kod pocztowy	<input type="text"/> Miejscowość	
	<input type="text"/> Kraj		
Adres zamieszkania Ubezpieczony 2 (jeżeli adres jest inny, niż adres zamieszkania Ubezpieczonego 1 w Wariantcie dla Dwojga)	<input type="text"/> Ulica	<input type="text"/> Nr domu	<input type="text"/> Nr mieszkania
	<input type="text"/> Kod pocztowy	<input type="text"/> Miejscowość	
	<input type="text"/> Kraj		
Adres korespondencyjny (dla Wariantu dla Ciebie) Adres wspólnie prowadzonego gospodarstwa domowego (dla Wariantu dla Dwojga)	<input type="text"/> Ulica	<input type="text"/> Nr domu	<input type="text"/> Nr mieszkania
	<input type="text"/> Kod pocztowy	<input type="text"/> Miejscowość	
	<input type="text"/> Kraj		

Warunki ubezpieczenia

Wariant dla Ciebie*			
dla Sumy ubezpieczenia: 3 000,00 zł składka miesięczna wynosi: 25,00 zł <input type="checkbox"/>	dla Sumy ubezpieczenia: 6 000,00 zł składka miesięczna wynosi: 45,00 zł <input type="checkbox"/>	dla Sumy ubezpieczenia: 12 000,00 zł składka miesięczna wynosi: 79,00 zł <input type="checkbox"/>	
Wariant dla Dwojga* (za każdego Ubezpieczonego wypłacona zostanie połowa Sumy ubezpieczenia)			
dla Sumy ubezpieczenia: 6 000,00 zł składka miesięczna wynosi: 39,00 zł <input type="checkbox"/>	dla Sumy ubezpieczenia: 12 000,00 zł składka miesięczna wynosi: 79,00 zł <input type="checkbox"/>	dla Sumy ubezpieczenia: 24 000,00 zł składka miesięczna wynosi: 149,00 zł <input type="checkbox"/>	
Forma płatności*	stałe zlecenie <input type="checkbox"/>	przelew pocztowy lub bankowy <input type="checkbox"/>	

Uwagi dodatkowe:

Ochrona danych osobowych

Wyrażam / nie wyrażam zgody*** na przetwarzanie moich danych osobowych, również w przyszłości, w zakresie niezbędnym dla celów marketingu bezpośredniego produktów lub usług przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, a także przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna.

Wyrażam / nie wyrażam zgody*** na posłużenie się przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, a także przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, telefonem, wizjofonem, telefaksem, pocztą elektroniczną lub innym środkiem komunikacji elektronicznej w celu złożenia propozycji zawarcia umowy.

Oświadczenia

Wszystkie informacje i dane zawarte w niniejszej Deklaracji przystąpienia są prawdziwe i zgodne z moją wiedzą oraz zostały przekazane w dobrej wierze. Znane mi są konsekwencje udzielenia nieprawidłowych informacji w Deklaracji przystąpienia określone w Kodeksie Cywilnym - Ustawa z dnia 23.04.1964 r. z późniejszymi zmianami.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia "Rodzina & Odpowiedzialność Ubezpieczenie na życie Pomocna dłoń" zatwierdzonych uchwałą Zarządu Nr 36/2013 z dnia 20 marca 2013 r., z którymi zostałam/łem zaznajomiona/y i które otrzymałam/łem.

Zostałam/em poinformowana/y, że administratorem danych jest UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Łodzi, ul. Gdańska 132, dane osobowe są zbierane w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy Ubezpieczenia. Odbiorcami danych są podmioty wskazane w ustawie z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, podanie danych jest dobrowolne, posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz. U. 2002 r. Nr 101 poz. 926 ze zm.).

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy Ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Podmioty o których mowa zwalniam z zachowania tajemnicy lekarskiej wobec UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Wyrażam zgodę na przesyłanie na wskazany adres poczty elektronicznej wszelkich informacji dotyczących udzielonej Ochrony ubezpieczeniowej w ramach zawartej Umowy Ubezpieczenia. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Ubezpieczyciela o zamianach adresu poczty elektronicznej.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
miejscowość, data	podpis Ubezpieczonego 1	podpis Ubezpieczonego 2	podpis Ubezpieczającego

Instrukcja wypełniania Deklaracji przystąpienia

Instrukcja wypełniania Deklaracji (w dalszej części instrukcji zwanej "Deklaracją")

1. Deklaracja musi być wypełniona w obecności pośrednika ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony jest zobowiązany podpisać każdą poprawkę w Deklaracji.
3. Od poprawnego wypełnienia Deklaracji zależy sposób i czas jego rozpatrywania, dlatego prosimy o:
 - a. wypełnianie formularza drukowanymi literami,
 - b. dokładne wypełnienie wszystkich pól w Deklaracji,
 - c. zaznaczenie odpowiedniego okienka („tak” lub „nie”) znakiem „X”,
 - d. opisanie wykonywanego zawodu, w celu jednoznacznego określenia charakteru wykonywanej pracy,
 - e. podanie tożsamości Ubezpieczonego na podstawie dokumentów tożsamości, z dokładnym wpisaniem rodzaju, serii i numeru tych dokumentów; w przypadku paszportu należy podać również kraj jego wydania,
 - f. składanie podpisu w ten sam sposób w Deklaracji, dołączonych do niego dokumentach oraz w późniejszej korespondencji kierowanej do UNIQA TU na Życie S.A.,
 - g. skorzystanie z rubryki „Uwagi dodatkowe” w razie braku miejsca w innych wypełnianych polach.
4. Ubezpieczony (osoba fizyczna) zamieszkujący poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej jest zobowiązany złożyć oświadczenie, czy jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP). Oświadczenie należy dołączyć do Deklaracji.

BRANŻA PRACODAWCY

(w polu należy wpisać KOD):

KOD	Branża
01	Bankowość / finanse / ubezpieczenia
02	Edukacja / nauka / kultura
03	Administracja / sektor publiczny
04	Służba zdrowia
05	IT / telekomunikacja
06	Energetyka
07	Usługi prawnicze
08	Handel
09	Przemysł
10	Usługi transportowe
11	Górnictwo
12	Usługi
13	Turystyka / hotelarstwo
14	Rolnictwo
15	Służby mundurowe
16	Budownictwo
17	Marketing / reklama
18	Inne - jakie:

STATUS PRAWNY UBEZPIECZONEGO

(w polu należy wpisać KOD):

KOD	Nazwa statusu prawnego Ubezpieczającego
01	osoba fizyczna
02	osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą
03	osoba fizyczna wykonująca wolny zawód
00	Inne - jakie: