

Wnioskopolisa nr

Wnioskopolisa to jednocześnie: wniosek o zawarcie oraz dokument potwierdzający zawarcie dobrowolnej Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Providenta (Umowa Ubezpieczenia).

Dane ubezpieczającego będącego ubezpieczonym

 Obywatelstwo: polskie Wiek PESEL Seria i numer dowodu osobistego* Państwo urodzenia*

Adres stałego zamieszkania

 Ulica Numer domu / lokalu Miejscowość - Kod pocztowy Kraj Telefon kontaktowy** E-mail (DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Wybór ubezpieczenia

Uwaga! Przed dokonaniem wyboru Pakietu ubezpieczenia zapoznaj się ze szczegółami dotyczącymi wysokości stawek ubezpieczeniowej oraz zakresu i Sum ubezpieczania znajdującymi się na odwrocie – strona 3.

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.* Tak Nie Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

ProviŻycie ProviŻyj Zdrowo ProviŻyj Zdrowo Plus

Oświadczenie dla ProviŻycie, ProviŻyj Zdrowo oraz ProviŻyj Zdrowo Plus

Oświadczam, że: (1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie rozpoznano u mnie ani nie leczono nowotworu złośliwego bądź nowotworu przedinwazyjnego oraz (2) przez ostatnie 24 miesiące nie zostałem/am skierowany/a na testy lub badania, ani nie oczekuję na wyniki testów oraz badań, na których podstawie może zostać rozpoznany lub być leczony nowotwór złośliwy bądź nowotwór przedinwazyjny lub które wskażą możliwość ich wystąpienia z koniecznością dalszej diagnostyki. Oświadczam również, że na dzień podpisania Wnioskopolisy nie zamierzam poddać się leczeniu nowotworu złośliwego bądź nowotworu przedinwazyjnego.

Czy potwierdza Pan/Pani prawdziwość powyższego oświadczenia? Tak Nie

 Data Czytelny podpis ubezpieczonego

ProviZdrowie ProviZdrowie Plus

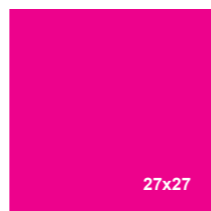
Należy wypełnić w przypadku wyboru ProviZdrowie Plus lub ProviŻyj Zdrowo Plus.

 Imię i nazwisko osoby bliskiej Data urodzenia Wiek

Data zawarcia umowy ubezpieczenia Okres ubezpieczenia Tygodnie Miesiące Wysokość składki w PLN²

na rzecz
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. lub
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Procentowy podział składki w Pakietach:
1. ProviŻyj Zdrowo: Uniqa TU S.A.: 50%, Uniqa TUnŻ S.A.: 50%
2. ProviŻyj Zdrowo Plus (stawka tygodniowa): Uniqa TU S.A.: 62,5000% Uniqa TUnŻ S.A.: 37,5000%
3. ProviŻyj Zdrowo Plus (stawka miesięczna): Uniqa TU S.A.: 62,6870% Uniqa TUnŻ S.A.: 37,3130%



Dopuszczalny wiek:
1) ProviZdrowie/ ProviZdrowie Plus: 18 – 95 lat;
2) ProviŻycie/ ProviŻyj Zdrowo/ ProviŻyj Zdrowo Plus: 18 – 75 lat

W przypadku ProviZdrowie Plus albo ProviŻyj Zdrowo Plus – Ubezpieczonego należy wskazać w sekcji Wybór Ubezpieczenia.

Jeśli masz wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu zaznaczyłeś „Tak”, wypełnij dodatkowo Formularz AML.



W przypadku wyboru ProviŻyj Zdrowo Plus wymagany jest adres stałego miejsca zamieszkania osoby bliskiej na terenie Polski.



Odpowiedź „Tak” wymagana jest do zawarcia umowy ProviŻycie, ProviŻyj Zdrowo oraz ProviŻyj Zdrowo Plus.



W przypadku wyboru ProviZdrowie Plus wymagany jest adres stałego miejsca zamieszkania osoby bliskiej na terenie Polski.



Dopuszczalny wiek osoby bliskiej do ubezpieczenia: 18–75 lat (dotyczy osoby dorosłej) albo 1 rok – 18 lat (dotyczy osoby niepełnoletniej)

Oświadczenia Klienta

Informacja dla OFWCA: Pamiętaj o zweryfikowaniu złożenia oświadczeń, zgód i upoważnień przez Klienta.

Oświadczam, że:

- Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzymałem Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, Ogólne warunki ubezpieczenia dla Klientów Providenta oraz Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Została przeprowadzona rozmowa i analiza identyfikująca moje potrzeby i wymagania, oraz zaoferowane umowy ubezpieczenia im odpowiadającej w zakresie ochrony.
- Zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, pozwalające na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
- Wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Wyrażam zgodę na:

- Wystąpienie przez Towarzystwo albo Towarzystwa, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wyborem, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub osobie bliskiej w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyj Zdrowo Plus, świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną 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. Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje: (a) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (b) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia; (c) wyniki przepro-

...o wyniki badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie informacji o moim stanie zdrowia i historii choroby zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”.

...zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”, przez poddawców, którzy udzielili mi lub osobie bliskiej w przypadku Pakietu ProviŻyj Zdrowo Plus, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym przyczyną choroby, informacji o wysokości odszkodowania lub świadczenia.

...także na innym niż papier, Trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem technologii cyfrowej, w tym w formie elektronicznej, adres e-mail.

...S.A. lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia” do zasięgnięcia informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku moimi lub osoby bliskiej w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyj Zdrowo Plus, wypadkiem lub zdarzeniem, będącym podstawą ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ja lub osoba bliska w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyj Zdrowo Plus ubezpieczony/-a lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Niniejsze upoważnienia pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Podpis ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam wolę zawarcia umowy/umów o wskazanym wyżej zakresie oraz złożenia wszystkich powyższych oświadczeń, które dotyczą mnie lub osoby bliskiej w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyj Zdrowo Plus.

 Data Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie pomiędzy UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji, objętych tajemnicą ubezpieczeniową, zawartych w niniejszej Wnioskopolisie tj. informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia, okoliczności zawarcia umowy ubezpieczenia oraz treści zawartej umowy ubezpieczenia w celu obsługi zawartej umowy.³

 Data Czytelny podpis

Podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Provident Polska S.A.

Potwierdzam, że podpisy złożone w niniejszej Wnioskopolisie są własnoręczne. Oświadczam, że zweryfikowałem/am tożsamość Klienta na podstawie dokumentu tożsamości.

 Data Czytelny podpis Nr RAU

Zaznacz właściwe

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie



Pamiętaj – podpisy muszą być oryginalne na obydwu egzemplarzach Wnioskopolisy.

WZORNIK DOKUMENTU

EGZEMPLARZ DLA UBEZPIECZONEGO

EGZEMPLARZ DLA UBEZPIECZONEGO

Zakres ubezpieczenia

Informacja dotycząca ProviŻycie, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus

Uwaga! Jeśli Poważne zachorowanie było rozpoznane przed dniem podpisania niniejszej Wnioskopolisy, Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za to Poważne zachorowanie. Wskaż uposażonych. Odpowiedni formularz znajdziesz w broszurze z OWU – wypełnij go i wyślij na adres podany w stopce.

	ProviŻycie	ProviŻyj Zdrowo	ProviŻyj Zdrowo Plus
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	6 PLN / 25 PLN	12 PLN / 50 PLN	16 PLN / 67 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego			
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby)	–	21 600 PLN	21 600 PLN
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	–	43 200 PLN	43 200 PLN
Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	–	3 600 PLN	3 600 PLN
Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	–	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN
Usługi medyczne	–	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych
Poważne zachorowanie	5 500 PLN	5 500 PLN	5 500 PLN
Śmierć	8 500 PLN	8 500 PLN	8 500 PLN
Diagnoza nowotworu złośliwego	typ I: 12 000 PLN typ II: 1 200 PLN	typ I: 12 000 PLN typ II: 1 200 PLN	typ I: 12 000 PLN typ II: 1 200 PLN
Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	1 200 PLN	1 200 PLN	1 200 PLN
Świadczenie usług informacyjnych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych
Zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych

Strony umowy w przypadku wyboru ProviŻycie: Ubezpieczający i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000041216, NIP 521-10-36-859, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 496 772 608 zł opłacony w całości.

Strony umowy w przypadku wyboru ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus: Ubezpieczający i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000041216, NIP 521-10-36-859, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 496 772 608 zł opłacony w całości i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000271543, NIP 1070006155, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 141 730 747 zł opłacony w całości.

	ProviZdrowie	ProviZdrowie Plus
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	6 PLN / 25 PLN	10 PLN / 42 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego		
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby)	21 600 PLN	21 600 PLN
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	43 200 PLN	43 200 PLN
Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	3 600 PLN	3 600 PLN
Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN
Usługi medyczne	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych

Strony umowy w przypadku wyboru ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus: Ubezpieczający i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000271543, NIP 1070006155, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 141 730 747 zł opłacony w całości.

Wnioskopolisa nr

Wnioskopolisa to jednocześnie: wniosek o zawarcie oraz dokument potwierdzający zawarcie dobrowolnej Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Providenta (Umowa Ubezpieczenia).

Dane ubezpieczającego będącego ubezpieczonym

Obywatelstwo: polskie Wiek

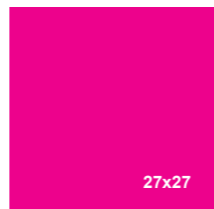
PESEL Seria i numer dowodu osobistego* Państwo urodzenia*

Adres stałego zamieszkania

Ulica Numer domu / lokalu

Miejscowość - Kod pocztowy Kraj

Telefon kontaktowy** E-mail (DRUKOWANYMI LITERAMI)**



Dopuszczalny wiek:
1) ProviZdrowie/ ProviZdrowie Plus: 18 – 95 lat;
2) ProviŻycie/ ProviŻyż Zdrowo/ ProviŻyż Zdrowo Plus: 18 – 75 lat

W przypadku ProviZdrowie Plus albo ProviŻyż Zdrowo Plus – Ubezpieczonego należy wskazać w sekcji Wybór Ubezpieczenia.

Wybór ubezpieczenia

Uwaga! Przed dokonaniem wyboru Pakietu ubezpieczenia zapoznaj się ze szczegółami dotyczącymi wysokości stawki ubezpieczeniowej oraz zakresu i Sum ubezpieczania znajdującymi się na odwrocie – strona 3.

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.* Tak Nie Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

ProviŻycie ProviŻyż Zdrowo ProviŻyż Zdrowo Plus

Oświadczenie dla ProviŻycie, ProviŻyż Zdrowo oraz ProviŻyż Zdrowo Plus
Oświadczam, że: (1) przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie rozpoznano u mnie ani nie leczono nowotworu złośliwego bądź nowotworu przedinwazyjnego oraz (2) przez ostatnie 24 miesiące nie zostałem/am skierowany/a na testy lub badania, ani nie oczekuję na wyniki testów oraz badań, na których podstawie może zostać rozpoznany lub być leczony nowotwór złośliwy bądź nowotwór przedinwazyjny lub które wskażą możliwość ich wystąpienia z koniecznością dalszej diagnostyki. Oświadczam również, że na dzień podpisania Wnioskopolisy nie zamierzam poddać się leczeniu nowotworu złośliwego bądź nowotworu przedinwazyjnego.

Czy potwierdza Pan/Pani prawdziwość powyższego oświadczenia? Tak Nie

Data Czytelny podpis ubezpieczonego

ProviZdrowie ProviZdrowie Plus

Należy wypełnić w przypadku wyboru ProviZdrowie Plus lub ProviŻyż Zdrowo Plus.

Imię i nazwisko osoby bliskiej Data urodzenia Wiek



Dopuszczalny wiek osoby bliskiej do ubezpieczenia: 18–75 lat (dotyczy osoby dorosłej) albo 1 rok – 18 lat (dotyczy osoby niepełnoletniej)

Data zawarcia umowy ubezpieczenia **Okres ubezpieczenia** **Wysokość składki w PLN²**

Data Tygodnie Miesiąc na rzecz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Procentowy podział składki w Pakietach:

- ProviŻyż Zdrowo: Uniqą TU S.A.: 50%, Uniqą TUnŻ S.A.: 50%
- ProviŻyż Zdrowo Plus (stawka tygodniowa): Uniqą TU S.A.: 62,5000% Uniqą TUnŻ S.A.: 37,5000%
- ProviŻyż Zdrowo Plus (stawka miesięczna): Uniqą TU S.A.: 62,6870% Uniqą TUnŻ S.A.: 37,3130%

EGZEMPLARZ DLA BIURA

Oświadczenia Klienta

Informacja dla OFWCA: Pamiętaj o zweryfikowaniu złożenia oświadczeń, zgód i upoważnień przez Klienta.

Oświadczam, że:

- Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzymałem Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, Ogólne warunki ubezpieczenia dla Klientów Providenta oraz Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.
- Została przeprowadzona rozmowa i analiza identyfikująca moje potrzeby i wymagania, oraz zaoferowane umowy ubezpieczenia im odpowiadającej w zakresie ochrony.
- Zostały mi podane obiektywne informacje o proponowanym produkcie, pozwalające na podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
- Wnioskowany przeze mnie zakres ochrony i jej warunki odpowiadają moim potrzebom i wymaganiom.

Wyrażam zgodę na:

- Wystąpienie przez Towarzystwo albo Towarzystwa, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wyborem, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub osobie bliskiej w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyż Zdrowo Plus, świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną 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. Zakres informacji o stanie zdrowia lub dokumentacji medycznej obejmuje: (a) przyczyny hospitalizacji, wykonane w jej trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania oraz wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; (b) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia; (c) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (d) przyczyny śmierci.

Informacje, o których mowa powyżej, udzielane są z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Wyrażam zgodę na udostępnienie ww. danych i dokumentacji Towarzystwu, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”.

- Przekazywanie Towarzystwu, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia”, przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliłi mi lub osobie bliskiej w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyż Zdrowo Plus , świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności odpowiedniego Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

- Przekazywanie informacji dotyczących Umowy ubezpieczenia, także na innym niż papier, Trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie w niniejszej Wnioskopolisie adres e-mail.

Upoważniam Towarzystwo tj. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. lub UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wskazaniem w sekcji „Wybór ubezpieczenia” do zasięgania informacji w:

- Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, w związku moimi lub osoby bliskiej w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyż Zdrowo Plus, wypadkiem lub zdarzeniem, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ja lub osoba bliska w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyż Zdrowo Plus ubezpieczony/-a lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczonego oraz ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z Umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Niniejsze upoważnienia pozostają w mocy także po mojej śmierci.

Podpis ubezpieczonego

Niniejszym potwierdzam wolę zawarcia umowy/umów o wskazanym wyżej zakresie oraz złożenia wszystkich powyższych oświadczeń, które dotyczą mnie lub osoby bliskiej w przypadku Pakietu ProviZdrowie Plus albo ProviŻyż Zdrowo Plus.

Data Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na wzajemne udostępnienie pomiędzy UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. a UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. informacji, objętych tajemnicą ubezpieczeniową, zawartych w niniejszej Wnioskopolisie tj. informacji o zawarciu umowy ubezpieczenia, okoliczności zawarcia umowy ubezpieczenia oraz treści zawartej umowy ubezpieczenia w celu obsługi zawartej umowy.³

Data Czytelny podpis

Podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Provident Polska S.A.

Potwierdzam, że podpisy złożone w niniejszej Wnioskopolisie są własnoręczne. Oświadczam, że zweryfikowałem/am tożsamość Klienta na podstawie dokumentu tożsamości.

Data Czytelny podpis Nr RAU

Zaznacz właściwe

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie



Pamiętaj – podpisy muszą być oryginalne na obydwu egzemplarzach Wnioskopolisy.

EGZEMPLARZ DLA BIURA

Zakres ubezpieczenia

Informacja dotycząca ProviŻycie, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus

Uwaga! Jeśli Poważne zachorowanie było rozpoznane przed dniem podpisania niniejszej Wnioskopolisy, Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za to Poważne zachorowanie. Wskaż uposażonych. Odpowiedni formularz znajdziesz w broszurze z OWU – wypełnij go i wyślij na adres podany w stopce.

	ProviŻycie	ProviŻyj Zdrowo	ProviŻyj Zdrowo Plus
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	6 PLN / 25 PLN	12 PLN / 50 PLN	16 PLN / 67 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego			
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby)	–	21 600 PLN	21 600 PLN
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	–	43 200 PLN	43 200 PLN
Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	–	3 600 PLN	3 600 PLN
Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	–	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN
Usługi medyczne	–	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych
Poważne zachorowanie	5 500 PLN	5 500 PLN	5 500 PLN
Śmierć	8 500 PLN	8 500 PLN	8 500 PLN
Diagnoza nowotworu złośliwego	typ I: 12 000 PLN typ II: 1 200 PLN	typ I: 12 000 PLN typ II: 1 200 PLN	typ I: 12 000 PLN typ II: 1 200 PLN
Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego	1 200 PLN	1 200 PLN	1 200 PLN
Świadczenie usług informacyjnych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych
Zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych	zgodnie z Regulaminem świadczeń nowotworowych

Strony umowy w przypadku wyboru ProviŻycie: Ubezpieczający i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000041216, NIP 521-10-36-859, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 496 772 608 zł opłacony w całości.

Strony umowy w przypadku wyboru ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus: Ubezpieczający i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000041216, NIP 521-10-36-859, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 496 772 608 zł opłacony w całości i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000271543, NIP 1070006155, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 141 730 747 zł opłacony w całości.

	ProviZdrowie	ProviZdrowie Plus
Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna	6 PLN / 25 PLN	10 PLN / 42 PLN
Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego		
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby)	21 600 PLN	21 600 PLN
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	43 200 PLN	43 200 PLN
Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT)	3 600 PLN	3 600 PLN
Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN	grupa I: 500 PLN grupa II: 1 500 PLN grupa III: 5 000 PLN
Usługi medyczne	zgodnie z regulaminem usług medycznych	zgodnie z regulaminem usług medycznych

Strony umowy w przypadku wyboru ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus: Ubezpieczający i UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem KRS 0000271543, NIP 1070006155, posiadająca kapitał zakładowy w wysokości 141 730 747 zł opłacony w całości.