

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/ubezpieczonego

| | | |
|-----------------------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | Obywatelstwo: polskie <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko | | Wiek |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PESEL | Seria i numer dowodu osobistego | Państwo urodzenia |
| Adres stałego zamieszkania | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulica | | Numer domu / lokalu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a:

- Ochroną ubezpieczeniową obejmującą ryzyko śmierci oraz poważnego zachorowania?
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek diagnozy nowotworu?
- Ubezpieczeniem obejmującym możliwość uzyskania Drugiej Opinii Medycznej tj. opinii dotyczącej d
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek pobytu w szpitalu, złamania kości oraz w zakresie Usług i kosztów wizyt lekarskich, dostarczeniem i refundacją lekarstw) – w przypadku nagłego zachorowan
- Ochroną ubezpieczeniową na rzecz Pana/Pani dziecka/dzieci lub wnuka/wnuców na wypadek pob

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data | Czytelny podpis Ubezpieczonego |

Wybór ubezpieczenia

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

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.¹ Tak Nie
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Pakiet Życie **Pakiet AntyRAK** **Pakiet AntyRAK Plus**

Oświadczenie dla Pakietu AntyRAK oraz Pakietu AntyRAK 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.

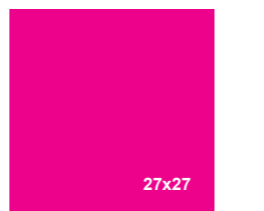
Czy potwierdza Pan/Pani prawdziwość powyższego oświadczenia? Tak Nie

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data | Czytelny podpis Ubezpieczonego |

Pakiet Zdrowie **Pakiet Dziecko** **Pakiet Dzieci**

Wymagane przy wyborze Pakietu Dziecko lub Pakietu Dzieci
Do ubezpieczenia mogą być zgłoszone Dzieci tego samego rodzica.

| |
|---|
| <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko Rodzica Dziecka/ Dzieci |



Wybór ubezpieczenia

Dopuszczalny wiek:
1) Pakiet Zdrowie: 18 – 95 lat;
2) Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus: 18 – 75 lat

W przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci – Ubezpieczonego należy wskazać w sekcji Wybór Ubezpieczenia.

TYLKO WZORNIK DOKUMENTU

Należy wypełnić w przypadku wyboru Pakietu Dziecko lub Pakietu Dzieci.

| | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko Dziecka | Data urodzenia | Wiek |
| 2. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko Dziecka | Data urodzenia | Wiek |
| 3. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko Dziecka | Data urodzenia | Wiek |



Dopuszczalny wiek Dziecka: 1 rok – 18 lat

Jeśli dzieci jest więcej niż troje, dołącz listę dzieci jako załącznik do tej Wnioskopolisy. Dodatkową listę wypełnij identycznie jak obok.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data | Tygodnie | Miesiące |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

Pakiet Zdrowie/Pakiet Dziecko/Pakiet Dzieci
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Oświadczenia Klienta

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

Wypełniłem Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, Ogólne warunki ubezpieczenia i politykę dotyczącą przetwarzania danych osobowych.

Zaznacz właściwe

Tak Nie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego i jego wysokości.

Tak Nie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego i jego wysokości.

Tak Nie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego i jego wysokości.

Tak Nie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego i jego wysokości.

Tak Nie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego i jego wysokości.

Tak Nie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego i jego wysokości.

Tak Nie

Oświadczam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego 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 mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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.⁴

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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 wskazanego we Wnioskopolisie.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data | Czytelny podpis | Nr RAU |



Pamiętaj – podpisy muszą być oryginalne na obydwu egzemplarzach Wnioskopolisy.

¹ Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 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” w Centrum Klienta na uniqa.pl

W ramach Pakietów Życie, AntyRAK, AntyRAK Plus ochronę świadczy 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.

W ramach Pakietów Zdrowie, Dziecko, Dzieci ochronę świadczy UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń 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 271543; NIP 107-00-06-155; Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości.

² Składka jest należna za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego z góry za cały okres ubezpieczenia, nie później niż w dniu zawarcia umowy pożyczki.

³ Zgody i upoważnienia nie dotyczą przypadków, gdy Ubezpieczający nie jest Opiekunem prawnym Dziecka lub Dzieci.

⁴ Niniejsza zgoda musi być udzielona, wyłącznie w przypadku wybrania Pakietów, gdzie ochrona będzie udzielana przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Wszelkie pojęcia niezdefiniowane w niniejszym dokumencie mają znaczenie nadane im postanowieniami OWU.

Zakres ubezpieczenia

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci

Uwaga! Jeśli Poważne zachorowanie było rozpoznane przed dniem podpisania niniejszej Wnioskopolisy, Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za to Poważne zachorowanie.

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus

Wskaż uposażonych. Odpowiedni formularz znajdziesz w broszurze z OWU – wypełnij go i wyślij na adres podany w stopce.

| | Pakiet Życie | Pakiet AntyRAK | Pakiet AntyRAK Plus |
|--|--------------|--|--|
| Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna | 5 PLN/21 PLN | 5 PLN/21 PLN | 10 PLN/42 PLN |
| Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego | | | |
| Poważne zachorowanie | 8 700 PLN | – | – |
| Śmierć | 8 700 PLN | zwrot równowartości wpłaconej składki | zwrot równowartości wpłaconej składki |
| Diagnoza nowotworu złośliwego | – | typ I: 40 000 PLN typ II: 4 000 PLN | typ I: 78 000 PLN typ II: 7 800 PLN |
| Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego | – | 4 000 PLN | 7 800 PLN |
| Świadczenie usług informacyjnych | – | zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych | zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych |
| Zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej | – | – | zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych |

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK 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.

| | Pakiet Zdrowie | Pakiet Dziecko | Pakiet Dzieci |
|---|---|---|---|
| Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna | 5 PLN/21 PLN | 5 PLN/21 PLN | 10 PLN/42 PLN |
| Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego | | | |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby) | 19 800 PLN | 19 800 PLN | 19 800 PLN |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku | 39 600 PLN | 39 600 PLN | 39 600 PLN |
| Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) | 3 300 PLN | 3 300 PLN | 3 300 PLN |
| Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku | grupa I: 500 PLN grupa II: 1 300 PLN grupa III: 5 000 PLN | grupa I: 500 PLN grupa II: 1 300 PLN grupa III: 5 000 PLN | grupa I: 500 PLN grupa II: 1 300 PLN grupa III: 5 000 PLN |
| Poważne zachorowanie Dziecka | – | 10 000 PLN | 10 000 PLN |
| Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka | – | 10 000 PLN | 10 000 PLN |
| Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych |
| Zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu kosztów świadczeń medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych |

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci: 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/ubezpieczonego

| | | |
|-----------------------------------|---|----------------------|
| <input type="text"/> | Obywatelstwo: polskie <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko | | Wiek |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| PESEL | Seria i numer dowodu osobistego | Państwo urodzenia |
| Adres stałego zamieszkania | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulica | | Numer domu / lokalu |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Kraj |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon kontaktowy | E-mail | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a:

- Ochroną ubezpieczeniową obejmującą ryzyko śmierci oraz poważnego zachorowania?
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek diagnozy nowotworu?
- Ubezpieczeniem obejmującym możliwość uzyskania Drugiej Opinii Medycznej tj. opinii dotyczącej diagnozy, stanu zdrowia i leczenia nowotworu?
- Ochroną ubezpieczeniową na wypadek pobytu w szpitalu, złamania kości oraz w zakresie Usług medycznych (m.in. organizacją i pokryciem kosztów wizyt lekarskich, dostarczeniem i refundacją lekarstw) – w przypadku nagłego zachorowania albo nieszczęśliwego wypadku?
- Ochroną ubezpieczeniową na rzecz Pana/Pani dziecka/dzieci lub wnuka/wnuków na wypadek pobytu w szpitalu, złamania kości, poważnego zachorowania, odpowiedzialności cywilnej oraz w zakresie Usług medycznych (m.in. organizacją i pokryciem kosztów wizyt lekarskich, dostarczeniem i refundacją lekarstw) – w przypadku nagłego zachorowania albo nieszczęśliwego wypadku?

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data | Czytelny podpis Ubezpieczonego |

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.¹ Tak Nie

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

| | | | | | |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pakiet Życie | <input type="checkbox"/> | Pakiet AntyRAK | <input type="checkbox"/> | Pakiet AntyRAK Plus |
|--------------------------|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|

Oświadczenie dla Pakietu AntyRAK oraz Pakietu AntyRAK 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 prawidłowość powyższego oświadczenia? Tak Nie

| | |
|----------------------|--------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data | Czytelny podpis Ubezpieczonego |

| | | | | | |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | Pakiet Zdrowie | <input type="checkbox"/> | Pakiet Dziecko | <input type="checkbox"/> | Pakiet Dzieci |
|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------|

Wymagane przy wyborze Pakietu Dziecko lub Pakietu Dzieci
Do ubezpieczenia mogą być zgłoszone Dzieci tego samego rodzica.

| | |
|----------------------|---|
| <input type="text"/> | Imię i nazwisko Rodzica Dziecka/ Dzieci |
|----------------------|---|



Dopuszczalny wiek:
1) Pakiet Zdrowie: 18 – 95 lat;
2) Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus: 18 – 75 lat

W przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci – Ubezpieczonego należy wskazać w sekcji Wybór Ubezpieczenia.

Zaznacz właściwe

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

Tak Nie

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



Odpowiedź „Tak” wymagana jest do zawarcia umowy w Pakiecie AntyRAK albo Pakiecie AntyRAK Plus.



W przypadku wyboru Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci wymagany jest adres stałego miejsca zamieszkania dzieci na terenie Polski.

Należy wypełnić w przypadku wyboru Pakietu Dziecko lub Pakietu Dzieci.

| | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------|
| 1. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko Dziecka | Data urodzenia | Wiek |
| 2. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko Dziecka | Data urodzenia | Wiek |
| 3. <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Imię i nazwisko Dziecka | Data urodzenia | Wiek |



Dopuszczalny wiek Dziecka: 1 rok – 18 lat

Jeśli dzieci jest więcej niż troje, dołącz listę dzieci jako załącznik do tej Wnioskopolisy. Dodatkową listę wypełnij identycznie jak obok.

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

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Pakiet Życie/Pakiet AntyRAK/Pakiet AntyRAK Plus |
| Data | Tygodnie | Miesiące | UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Pakiet Zdrowie/Pakiet Dziecko/Pakiet Dzieci |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. |

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.

Wyrażam zgodę na:

- Przetwarzanie przez Towarzystwo, świadczące ochronę ubezpieczeniową, zgodnie z moim wskazaniem w sekcji Wybór ubezpieczenia, moich lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, danych osobowych o stanie zdrowia, wskazanych w niniejszym dokumencie oraz w innych dokumentach i oświadczeniach przekazanych odpowiedniemu Towarzystwu w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub wykonania Umowy ubezpieczenia. Wycofanie zgody jest możliwe w każdym czasie. Wycofanie zgody ma skutek tylko na przyszłość i nie ma wpływu na zgodność z prawem dokonanego już przetwarzania.³
- Wystąpienie przez Towarzystwo, które będzie świadczyło ochronę zgodnie z moim wyborem, do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub mojemu Dziecku, w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci, 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 i rokowania; (c) wyniki przeprowadzonych konsultacji; (d) przyczyny mojej śmierci.³ 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 mojemu Dziecku, w przypadku Pakietu Dziecko albo Dzieci, świadczeń opieki zdrowotnej, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności odpowiedniego Towarzystwa oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.³
- 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 z moim lub mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci, wypadkiem lub zdarzeniem, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- Innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ja lub moje Dziecko, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci ubezpieczeni/-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 mojego Dziecka, w przypadku Pakietu Dziecko albo Pakietu Dzieci.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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.⁴

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 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 wskazanego we Wnioskopolisie.

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data | Czytelny podpis | Nr RAU |



Pamiętaj – podpisy muszą być oryginalne na obydwu egzemplarzach Wnioskopolisy.

¹ Zgodnie z art. 2 ust. 2 Ustawy z dnia 1 marca 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” w Centrum Klienta na uniqa.pl

W ramach Pakietów Życie, AntyRAK, AntyRAK Plus ochronę świadczy **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.

W ramach Pakietów Zdrowie, Dziecko, Dzieci ochronę świadczy **UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń 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 271543; NIP 107-00-06-155; Kapitał zakładowy: 141 730 747 zł – wpłacony w całości.

² Składka jest należna za Okres ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego z góry za cały okres ubezpieczenia, nie później niż w dniu zawarcia umowy pożyczki.

³ Zgody i upoważnienia nie dotyczą przypadków, gdy Ubezpieczający nie jest Opiekunem prawnym Dziecka lub Dzieci.

⁴ Niniejsza zgoda musi być udzielona, wyłącznie w przypadku wybrania Pakietów, gdzie ochrona będzie udzielana przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Wszelkie pojęcia niezdefiniowane w niniejszym dokumencie mają znaczenie nadane im postanowieniami OWU.

Zakres ubezpieczenia

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci

Uwaga! Jeśli Poważne zachorowanie było rozpoznane przed dniem podpisania niniejszej Wnioskopolisy, Towarzystwo świadczące ochronę ubezpieczeniową nie ponosi odpowiedzialności za to Poważne zachorowanie.

Informacja dotycząca Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK Plus

Wskaż uposażonych. Odpowiedni formularz znajdziesz w broszurze z OWU – wypełnij go i wyślij na adres podany w stopce.

| | Pakiet Życie | Pakiet AntyRAK | Pakiet AntyRAK Plus |
|--|--------------|--|--|
| Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna | 5 PLN/21 PLN | 5 PLN/21 PLN | 10 PLN/42 PLN |
| Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego | | | |
| Poważne zachorowanie | 8 700 PLN | – | – |
| Śmierć | 8 700 PLN | zwrot równowartości wpłaconej składki | zwrot równowartości wpłaconej składki |
| Diagnoza nowotworu złośliwego | – | typ I: 40 000 PLN typ II: 4 000 PLN | typ I: 78 000 PLN typ II: 7 800 PLN |
| Diagnoza nowotworu przedinwazyjnego | – | 4 000 PLN | 7 800 PLN |
| Świadczenie usług informacyjnych | – | zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych | zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych |
| Zorganizowanie i pokrycie kosztów Drugiej opinii medycznej | – | – | zgodnie z regulaminem świadczeń medycznych |

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Życie, Pakietu AntyRAK, Pakietu AntyRAK 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.

| | Pakiet Zdrowie | Pakiet Dziecko | Pakiet Dzieci |
|---|---|---|---|
| Stawka tygodniowa/Stawka miesięczna | 5 PLN/21 PLN | 5 PLN/21 PLN | 10 PLN/42 PLN |
| Zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego | | | |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z innego powodu niż Nieszczęśliwy wypadek (np. z powodu choroby) | 19 800 PLN | 19 800 PLN | 19 800 PLN |
| Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku | 39 600 PLN | 39 600 PLN | 39 600 PLN |
| Pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej (OIOM/OIT) | 3 300 PLN | 3 300 PLN | 3 300 PLN |
| Złamanie kości Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku | grupa I: 500 PLN grupa II: 1 300 PLN grupa III: 5 000 PLN | grupa I: 500 PLN grupa II: 1 300 PLN grupa III: 5 000 PLN | grupa I: 500 PLN grupa II: 1 300 PLN grupa III: 5 000 PLN |
| Poważne zachorowanie Dziecka | – | 10 000 PLN | 10 000 PLN |
| Odpowiedzialność cywilna Dziecka lub Opiekuna prawnego Dziecka | – | 10 000 PLN | 10 000 PLN |
| Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego usług informacyjnych w ramach Medycznej Platformy Informacyjnej | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych |
| Zorganizowanie lub zorganizowanie i pokrycie Ubezpieczonemu kosztów świadczeń medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych | zgodnie z regulaminem usług medycznych |

Strony umowy w przypadku wyboru Pakietu Zdrowie, Pakietu Dziecko, Pakietu Dzieci: 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.