



Deklaracja uczestnictwa lub zmian
w grupowym ubezpieczeniu na życie
Ochrona z Plusem

Deklaracja

Kod dokumentu: 2162_0421U

Nr polisy: _____

Jesteś **ubezpieczonym głównym**, jeśli jesteś związany z ubezpieczającym (np. pracodawcą) stosunkiem prawnym (np. jesteś pracownikiem).
Jesteś **ubezpieczonym bliskim**, jeśli jesteś współmałżonkiem, partnerem, dorosłym dzieckiem ubezpieczonego głównego.
Ubezpieczający to podmiot, który zawiera z nami umowę, np. Twój pracodawca.
UNIQA to UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-867) przy ul. Chłodnej 51.

Zaznacz właściwe.

☐ **Przystępuję do ubezpieczenia i jestem:**

- ☐ ubezpieczonym głównym
☐ ubezpieczonym bliskim
☐ współmałżonkiem
☐ partnerem
☐ pełnoletnim dzieckiem

☐ **Jestem objęty ubezpieczeniem i zmieniam:**

- ☐ moje dane
☐ dane uposażonych
☐ dane partnera
☐ zakres ubezpieczenia

Dane ubezpieczającego

Pieczętka

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

1. Twoje dane

Nazwisko i imię/imiona

Obywatelstwo

☐ polskie ☐ inne

podaj jakie

Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer paszportu lub karty pobytu.

PESEL (jeśli nie masz numeru PESEL, podaj datę urodzenia)

☐ paszport

☐ karta pobytu

Telefon komórkowy

E-mail (prosimy wypełnić dużymi drukowanymi literami)

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

2. Dane ubezpieczonego głównego (wpisz, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia jako ubezpieczony bliski)

Nazwisko, imię/imiona

Jeśli ubezpieczony główny ma obywatelstwo inne niż polskie, podaj serię i numer jego paszportu lub karty pobytu.

☐ paszport

☐ karta pobytu

PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj datę urodzenia)

3. Dane uposażonych

Uposażony, którego wskażesz, to osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku Twojej śmierci. Możesz wskazać jedną osobę lub kilka.
Procentowe udziały w świadczeniu powinny sumować się do 100.

1.
Nazwisko, imię

DD MM RRRR
Data urodzenia

%%
Procentowy udział w świadczeniu

2.
Nazwisko, imię

DD MM RRRR
Data urodzenia

%%
Procentowy udział w świadczeniu

3.
Nazwisko, imię

DD MM RRRR
Data urodzenia

%%
Procentowy udział w świadczeniu

4.
Nazwisko, imię

DD MM RRRR
Data urodzenia

%%
Procentowy udział w świadczeniu

Uposażony zastępczy, którego wskażesz, to osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku braku uposażonych. Nie musisz go wskazywać. Procentowe udziały w świadczeniu powinny sumować się do 100.

1.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Nazwisko, imię</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Data urodzenia</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Procentowy udział w świadczeniu</div>
2.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Nazwisko, imię</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Data urodzenia</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Procentowy udział w świadczeniu</div>
3.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Nazwisko, imię</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Data urodzenia</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Procentowy udział w świadczeniu</div>
4.	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Nazwisko, imię</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Data urodzenia</div>	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Procentowy udział w świadczeniu</div>

4. Dane / Zmiana partnera

Wskaż partnera, jeśli w Twoim ubezpieczeniu życie lub zdrowie partnera jest objęte ochroną.

Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj datę urodzenia)
----------------	---

5. Zakres Twojego ubezpieczenia

Zakresy	Składka miesięczna
Zakres podstawowy <div>Nazwa podgrupy (o ile występują podgrupy)</div>	<div><div>____,____ zł</div><div>lub</div><div>____,_____% miesięcznego wynagrodzenia brutto</div></div>
Zakres dodatkowy	
Pakiet Moje Życie i Zdrowie <i>Wypełnij oświadczenie nr 2 (medyczne). Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, wypełnij dodatkowo oświadczenie nr 3 (zawodowe)</i>	____ zł
Pakiet Wypadkowy <i>Jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim, wypełnij oświadczenie nr 3 (zawodowe)</i>	____ zł
Pakiet Zdrowie Dziecka	____ zł
Pakiet Opieka24	____ zł
Pakiet MediPomoc	____ zł
Pakiet Telekonsultacje medyczne <i>Jeśli wybierasz formę rodzinną, wypełnij załącznik dotyczący tego pakietu</i>	____ zł
Pakiet Medycyna bez Granic <i>Wypełnij załącznik dotyczący tego pakietu</i>	____,____ zł
<div>Nazwa wybranego pakietu, jeśli jest inny niż wymienione wyżej</div>	____,____ zł
<div>Nazwa wybranego pakietu, jeśli jest inny niż wymienione wyżej</div>	____,____ zł
Łączna składka za zakres dodatkowy	____,____ zł
Łączna składka za zakres podstawowy i dodatkowy	<div><div>____,____ zł</div><div>lub</div><div>____,_____% miesięcznego wynagrodzenia brutto</div></div>

6. Oświadczenia

Oświadczenie nr 1 (medyczne) (wypełniasz obowiązkowo)

Jeśli zataisz informacje lub podasz nieprawdziwe, możemy odmówić realizacji świadczenia.

Czy w dniu podpisania deklaracji przebywałeś:

- 1) na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14 dni – nie dotyczy zwolnień z powodu ciąży, porodu, leczenia złamań (pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań), skręceń lub zwichnięć?
- 2) w szpitalu, placówce dla przewlekle chorych, pod opieką hospicjum lub pobierasz świadczenia rehabilitacyjne?

☐ Tak ☐ Nie **Jeśli zaznaczyłeś „Tak”, wypełnij ankietę medyczną.**

Oświadczenie nr 2 (medyczne)

Kogo dotyczy oświadczenie

To oświadczenie wypełniasz, jeśli:

- wybierasz Pakiet Moje Życie i Zdrowie (każdy kto wybiera ten pakiet); lub
- jesteś ubezpieczonym głównym, nie jesteś zatrudniony na podstawie umowy o pracę i nie byłeś ubezpieczony w ramach ubezpieczenia, zawartego przez ubezpieczającego (pracodawcę) bezpośrednio przed przystąpieniem do tej umowy, albo przystępujesz do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy; lub
- jesteś ubezpieczonym bliskim i nie byłeś ubezpieczony w ramach ubezpieczenia, zawartego przez ubezpieczającego, bezpośrednio przed przystąpieniem do tej umowy albo przystępujesz do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy.

- 1) Czy w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano lub leczono u Ciebie: nowotwór, chorobę wieńcową, udar mózgu, cukrzycę, marskość wątroby?
- 2) Czy planujesz poddać się leczeniu, hospitalizacji lub operacji w związku z którąkolwiek z wymienionych wyżej chorób?
- 3) Czy masz orzeczoną częściową lub całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji, umiarkowaną lub znaczną niepełnosprawność lub starasz się o takie orzeczenia?
- 4) Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy przebywałeś na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30 kolejno następujących po sobie dni – nie dotyczy ciąży, porodu, leczenia złamań (pojedynczych, zamkniętych, prostych i bez powikłań), skręceń i zwichnięć?

☐ Tak ☐ Nie **Jeśli zaznaczyłeś „Tak”, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Moje Życie i Zdrowie. W pozostałych przypadkach wypełnij ankietę medyczną.**

Oświadczenie nr 3 (zawodowe)

Kogo dotyczy oświadczenie

To oświadczenie składasz, jeśli jesteś ubezpieczonym bliskim i:

- wybierasz Pakiet Moje Życie i Zdrowie lub Pakiet Wypadkowy; lub
- nie byłeś ubezpieczony w ramach ubezpieczenia, zawartego przez ubezpieczającego (pracodawcę) bezpośrednio przed przystąpieniem do tej umowy, lub przystępujesz do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty startu polisy.

Oświadczam, że pracuję jako: pracownik wykonujący pracę na wysokości (powyżej 10 m), pod ziemią, z wykorzystaniem materiałów wybuchowych, na powierzchni wody lub pod wodą, pracownik służb mundurowych lub formacji uzbrojonych, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1000 V, pracownik ochrony mienia posiadający broń palną, sportowiec, pilot poza licencjonowanymi liniami lotniczymi, kierowca wyścigowy i rajdowy.

☐ Tak ☐ Nie **Jeśli zaznaczyłeś „Tak”, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Moje Życie i Zdrowie lub Pakietu Wypadkowego. W pozostałych przypadkach poinformujemy Cię, czy i w jakim zakresie możemy objąć Cię ochroną.**

Oświadczenia o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie kosztu składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez ubezpieczonego) zostały mi doręczone:

- 1) Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona z Plusem (dalej: OWU),
- 2) Obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym,
- 3) dokument Przetwarzanie danych osobowych.

Wyrażam zgodę na:

- 1) objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową świadczoną na podstawie OWU;
- 2) wysokości sum ubezpieczenia;
- 3) finansowanie kosztu składki (w przypadku gdy koszt składki jest finansowany przez ubezpieczonego), której wysokość jest mi znana i ją akceptuję.

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną

Zgadzam się, aby UNIQA:

- 1) przekazywała mi informacje dotyczące umowy ubezpieczenia zarówno przed przystąpieniem do niej, jak i po przystąpieniu, także na innym niż papier trwałym nośniku oraz z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, w szczególności na wskazany przeze mnie adres e-mail;
- 2) przesyłała mi odpowiedzi na zgłaszane przeze mnie reklamacje na podany adres e-mail.

Upoważnienie dla ubezpieczającego

Upoważniam ubezpieczającego, aby w moim imieniu:

- 1) wyrażał zgodę na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia, wysokości składki, sumy ubezpieczenia;
- 2) odbierał wszelkie oświadczenia i informacje, związane z zawarciem, wykonywaniem i zmianą umowy ubezpieczenia zawartej na moją rzecz, które ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazywać ubezpieczonemu.

Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych, tutaj podanych, w celach marketingowych, w tym otrzymywanie ofert, zgodnie z poniższym wyborem:

☐ zaznaczam wszystkie poniższe

- ☐ UNIQA TU S.A. (ubezpieczenia majątkowe)
☐ UNIQA TUŹ S.A. (ubezpieczenia na życie i zdrowie)
☐ UNIQA TFI S.A.
☐ UNIQA Polska S.A. (m.in. ubezpieczenia, fundusze inwestycyjne)
 Wszystkie spółki z siedzibą przy ul. Chłodnej 51 w Warszawie (00-867).

Kanały komunikacji:

- ☐ telefon
☐ mail
☐ poprzez SMS
☐ media społecznościowe
☐ serwis transakcyjny UNIQA
☐ w grach i wirtualnej rzeczywistości (VR)
☐ poczta tradycyjna

Zgoda obejmuje także dostosowywanie treści marketingowych do preferencji i zainteresowań. Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Upoważnienie dla UNIQA oraz poniżej wskazanych podmiotów

Zgadzam się na wystąpienie przez UNIQA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje lub dokumentację medyczną, które obejmują okoliczności związane 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:

- 1) 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;
- 2) przyczyny leczenia ambulatoryjnego, wykonane w jego trakcie badania diagnostyczne i ich wyniki, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia i rokowania;
- 3) wyniki przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczynę mojej śmierci.

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

Zgadzam się na udostępnienie ww. danych i dokumentacji UNIQA.

Zgadzam się na przekazywanie UNIQA przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, które będzie podstawą ustalenia odpowiedzialności UNIQA oraz wysokości świadczenia.

Upoważniam UNIQA do zasięgania informacji w:

- 1) Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych i Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalania odpowiedzialności UNIQA;
- 2) innych zakładach ubezpieczeń, w których jestem lub byłem ubezpieczony lub w którym został złożony wniosek o zawarcie lub przystąpienie do umowy ubezpieczenia, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przeze mnie oraz ustalenia mojego prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez te zakłady ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

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

Jeśli Twoje ubezpieczenie będzie obejmowało:

- 1) Pakiet Medycyna bez Granic – powyższe upoważnienia i zgody wyrażasz także dla Further Underwriting International S.L.U. (Further);
- 2) świadczenia medyczne lub opiekuńcze realizowane przez Partnera Medycznego – powyższe upoważnienia i zgody wyrażasz także dla Partnera Medycznego, tj. Inter Partner Assistance Polska S.A. z siedzibą w Warszawie.

Dodatkowo jeśli Twoja umowa będzie podlegała reasekuracji, powyższe zgody i upoważnienia obejmują reasekuratora.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

7. Część dla ubezpieczającego

Czy ubezpieczony przechodzi bezpośrednio z dotychczasowego grupowego ubezpieczenia na życie zawartego przez ubezpieczającego? ☐ Tak ☐ Nie

Data nawiązania przez ubezpieczonego głównego stosunku prawnego z ubezpieczającym:

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego głównego z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę ☐ inny (np. umowa zlecenia, umowa o dzieło, inna umowa – podać jaka) _____

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data

Czytelny podpis i pieczęć ubezpieczającego



Umowa dodatkowa
– Pakiet Pomoc na Raka

Załącznik

Kod dokumentu: 2162_1_0421U

Wypełnij, jeśli wybierasz dodatkowo Pakiet Pomoc na Raka.

1. Twoje dane

Nazwisko i imię/imiona

PESEL (jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości)
☐ paszport ☐ karta pobytu

Data urodzenia (jeśli nie masz numeru PESEL)

Nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

Numer polisy (uzupełnia UNIQA)

2. Oświadczenie medyczne

1. Czy kiedykolwiek zdiagnozowano u Ciebie nowotwór złośliwy lub in situ? ☐ Tak ☐ Nie
2. Czy jesteś objęty/-a kontrolą lekarską (w tym obserwacją) w związku z jakąkolwiek zmianą: guz, torbiel, cysta, polip, dysplazja, nieprawidłowość ujawniona w badaniach obrazowych, endoskopowych, laboratoryjnych, wymazach, biopsji? ☐ Tak ☐ Nie
3. Czy jesteś w trakcie diagnostyki lub oczekujesz na diagnostykę medyczną w kierunku nowotworu lub w związku z następującymi objawami: krwawienie z odbytu, biegunki, krwawienia z dróg rodnych, utrata wagi, guzek piersi, zmiany skórne o charakterze rozrostowym czy krwawiącym, duszność, uporczywy kaszel, bóle lub zawroty głowy? ☐ Tak ☐ Nie
4. Czy palisz regularnie tytoń/papierosy (w tym na przykład e-papierosy) lub używasz urządzeń do podgrzewania tytoniu? Regularne palenie papierosów to palenie codzienne (także jeśli wystąpiły okresowe przerwy z jakiegokolwiek przyczyny). ☐ Tak ☐ Nie
5. Czy u Twoich biologicznych krewnych: matki, ojca, brata lub siostry rozpoznano nowotwór złośliwy przed 60. rokiem życia? ☐ Tak ☐ Nie

W przypadku odpowiedzi „Tak” na którekolwiek z pytań 1–3, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Pomoc na Raka.
W pozostałych przypadkach wybierz właściwą składkę z poniższej tabeli.

3. Zakres ubezpieczenia i składka (wybierz tylko jeden wariant)

Zakres ubezpieczenia		Wysokość sumy ubezpieczenia			
		wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 4
Rozpoznanie nowotworu (100% lub 25% sumy ubezpieczenia w zależności od rodzaju nowotworu)		25 000 zł	50 000 zł	100 000 zł	150 000 zł
Informowanie i przypominanie o zalecanych badaniach profilaktycznych		tak	tak	tak	tak
Konsultacje onkologiczne		3 konsultacje onkologiczne	3 konsultacje onkologiczne	6 konsultacji onkologicznych	9 konsultacji onkologicznych
Badania diagnostyczne		1 000 zł	1 000 zł	2 000 zł	3 000 zł
Świadczenia assistance		10 000 zł	10 000 zł	20 000 zł	30 000 zł
Składka miesięczna					
Wiek ubezpieczonego 18–50 lat	Składka standardowa Wszystkie odpowiedzi „Nie” w punktach 1–5	<input type="checkbox"/> 20 zł	<input type="checkbox"/> 30 zł	<input type="checkbox"/> 51 zł	<input type="checkbox"/> 74 zł
	Składka podwyższona Odpowiedź „Tak” w jednym z pytań 4 lub 5	<input type="checkbox"/> 28 zł	<input type="checkbox"/> 41 zł	<input type="checkbox"/> 76 zł	<input type="checkbox"/> 110 zł
	Składka podwyższona Odpowiedź „Tak” w pytaniach 4 i 5	<input type="checkbox"/> 37 zł	<input type="checkbox"/> 53 zł	<input type="checkbox"/> 102 zł	<input type="checkbox"/> 147 zł
Wiek ubezpieczonego 51–60 lat	Składka standardowa Wszystkie odpowiedzi „Nie” w punktach 1–5	<input type="checkbox"/> 49 zł	<input type="checkbox"/> 87 zł	<input type="checkbox"/> 166 zł	<input type="checkbox"/> 246 zł
	Składka podwyższona Odpowiedź „Tak” w jednym z pytań 4 lub 5	<input type="checkbox"/> 69 zł	<input type="checkbox"/> 122 zł	<input type="checkbox"/> 233 zł	<input type="checkbox"/> 345 zł
	Składka podwyższona Odpowiedź „Tak” w pytaniach 4 i 5	<input type="checkbox"/> 88 zł	<input type="checkbox"/> 157 zł	<input type="checkbox"/> 299 zł	<input type="checkbox"/> 444 zł

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Pamiętaj! Wskaż lub dopisz nazwę pakietu w deklaracji głównej w części nr 5 „Zakres Twojego ubezpieczenia” oraz wpisz składkę za wybrany wariant.

Kod dokumentu: 2162_2_0421U

Wypełnij, jeśli wybierasz dodatkowo Pakiet Medycyna bez Granic.

1. Twoje dane

Nazwisko i imię/imiona

PESEL (jeśli nie masz numeru PESEL, podaj
serię i numer dokumentu tożsamości)
☐ paszport ☐ karta pobytu

Data urodzenia (jeśli nie masz
numeru PESEL)

Nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

Numer polisy (uzupełnia UNIQA)

2. Oświadczenie medyczne

1. Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Ciebie lub prowadzono jakiekolwiek leczenie w związku z następującymi chorobami:
 - a) nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem?
 - b) jakąkolwiek z poniższych zmian:
 - zmianą przedrakową?
 - guzem o granicznej złośliwości?
 - dysplazją dużego stopnia?
 - poziomem markera nowotworowego we krwi (PSA) równym 4,0 ng/mL lub wyższym?
 - nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródczerwieniowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3+; dysplazja dużego stopnia)?
 - nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa)?
 - nadczynnością tarczycy?
 - obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i/lub żołądka?
 - znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar?
 - c) chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowato-krwinkową, talasemią)?
 - d) guzem, guzkiem, torbielą w mózgu, w obrębie mózgowiczków lub rdzeniu kręgowym?
 - e) zmianami naczyniowymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwinnym „TIA”, krwotokiem mózgowym, zwężeniem tętnic szyjnych), zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorem), w mózgu lub w obrębie mózgowiczków?
 - f) chorobą serca (zawałem serca, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami rytmu serca, z wyjątkiem sytuacji niewymagających postępowania medycznego, wadami zastawek serca, szmerami serca lub gorączką reumatyczną, niewydolnością serca, powiększeniem serca lub kardiomiopatią)? Możesz odpowiedzieć „Nie” w przypadku leczenia wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi i/lub wysokiego poziomu cholesterolu;
 - g) cukrzycą? Możesz odpowiedzieć „Nie”, jeśli jesteś lub byłaś leczona tylko na cukrzycę ciężkową;
 - h) przewlekłą niewydolnością nerek leczoną dializami, marskością wątroby, przewlekłą niewydolnością wątroby lub zwłóknieniem wątroby?
2. Czy u któregośkolwiek z Twoich naturalnych rodziców, brata lub siostry, przed ich 50. urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał mięśnia sercowego, udar mózgu lub przeprowadzono pomostowanie aortalno-wieńcowe), wielotorbielowatość nerek lub nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka?
3. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy miałeś/-aś utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi/wyjaśnione: guzek w piersi lub w jądrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie/podwójne widzenie, niewyjaśnioną utratę wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia oraz nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi: morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, poziomów wapnia lub markerów nowotworowych?
4. Czy jesteś w trakcie planowania lub czy umówiłeś/-aś się na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub czy obecnie oczekujesz na wyniki jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości?
5. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłaś umówiona na badanie rezonansem magnetycznym piersi (MRI)?
6. Czy przeszczepiono lub zalecono Ci przeszczep narządu lub czy obecnie znajdujesz się na liście osób oczekujących na przeszczep narządu?

☐ Tak ☐ Nie **Jeśli odpowiedziałeś „Tak” nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu Medycyna bez Granic.
Zatajenie lub błędne przekazanie informacji może skutkować odmową realizacji świadczenia.**

Potwierdzam złożenie powyższego oświadczenia.

Data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Pamiętaj! Wskaż ten pakiet w deklaracji głównej w części nr 5 „Zakres Twojego ubezpieczenia”.



Umowa dodatkowa
– Pakiet Telekonsultacje medyczne

Załącznik

Kod dokumentu: 2162_3_0421U

Wypełnij, jeśli wybierasz dodatkowo Pakiet Telekonsultacje medyczne.

1. Twoje dane

Nazwisko i imię/imiona

PESEL (jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości)

☐ paszport ☐ karta pobytu

Data urodzenia (jeśli nie masz numeru PESEL)

Nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

Numer polisy (uzupełnia UNIQA)

2. Wariant pakietu

Pakiet Telekonsultacje medyczne (forma indywidualna)	<input type="checkbox"/> 6 zł
Pakiet Telekonsultacje medyczne (forma rodzinna) <i>Podaj poniżej dane współmałżonka albo partnera oraz dzieci i złożź oświadczenie o posiadaniu ich zgody na objęcie ubezpieczeniem</i>	<input type="checkbox"/> 15 zł

Jeśli wybrałeś formę rodzinną podaj dane osób, które chcesz objąć ochroną.

3. Dane współmałżonka albo partnera oraz dzieci

1. Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
2. Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
3. Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner
4. Nazwisko, imię	PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości) <input type="checkbox"/> paszport <input type="checkbox"/> karta pobytu	Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> współmałżonek/partner

4. Oświadczenie o posiadaniu zgody na objęcie ochroną współmałżonka albo partnera oraz dzieci

Oświadczam, że posiadam zgodę wyżej wskazanych przeze mnie osób na objęcie ich ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia Telekonsultacje medyczne.

☐ Tak ☐ Nie **Odpowiedź „Nie” oznacza brak możliwości objęcia ochroną wskazanych osób w ramach tego pakietu.**

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Pamiętaj! Wskaż ten pakiet w deklaracji głównej w części nr 5 „Zakres Twojego ubezpieczenia” oraz wpisz składkę za wybraną formę ubezpieczenia.



Umowa dodatkowa
– Pakiet Badania Profilaktyczne

Załącznik

Kod dokumentu: 2162_4_0421U

Wypełnij, jeśli wybierasz dodatkowo Pakiet Badania Profilaktyczne.

1. Twoje dane

Nazwisko i imię/imiona

PESEL (jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości)

☐ paszport ☐ karta pobytu

Data urodzenia (jeśli nie masz numeru PESEL)

Nazwa ubezpieczającego (np. pracodawcy)

Numer polisy (uzupełnia UNIQA)

2. Wariant pakietu

Pakiet Badania Profilaktyczne (forma indywidualna)	<input type="checkbox"/> 5 zł
Pakiet Badania Profilaktyczne (forma partnerska) Podaj poniżej dane współmałżonka albo partnera i złoż oświadczenie o posiadaniu jego zgody na objęcie ubezpieczeniem	<input type="checkbox"/> 10 zł

Jeśli wybrałeś formę partnerską podaj dane współmałżonka albo partnera, którego chcesz objąć ochroną.

3. Dane współmałżonka albo partnera

Nazwisko, imię

PESEL (jeśli nie ma numeru PESEL, podaj serię i numer dokumentu tożsamości)

☐ paszport ☐ karta pobytu

Data urodzenia (jeśli nie ma numeru PESEL)

☐ współmałżonek
☐ partner

4. Oświadczenie o posiadaniu zgody na objęcie ochroną współmałżonka albo partnera

Oświadczam, że posiadam zgodę wyżej wskazanej przeze mnie osoby na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego grupowego ubezpieczenia Badania Profilaktyczne.

☐ Tak ☐ Nie Odpowiedź „Nie” oznacza brak możliwości objęcia ochroną wskazanej osoby w ramach tego pakietu.

Potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Pamiętaj! Wskaż ten pakiet w deklaracji głównej w części nr 5 „Zakres Twojego ubezpieczenia” oraz wpisz składkę za wybraną formę ubezpieczenia.