



WNIOSEK PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (PAKIET) PLAN ELASTYCZNY

PROSIMY O WPISYWANIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Ubezpieczający (Pracodawca)
Stowarzyszenie Folklorystyczne ZTL "GORZOWIACY"

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Właściciel Pracownik Małżonek
 Data zawarcia związku małżeńskiego Partner Życiowy Pełnoletnie Dziecko

Imię Nazwisko

Data urodzenia PESEL

ADRES DO KORESPONDENCJI

Miejscowość Kod pocztowy

Ulica Nr domu Nr mieszkania

E-mail Telefon

DANE PRACOWNIKA ZGŁASZAJĄCEGO DO UBEZPIECZENIA MAŁŻONKA / PARTNERA ŻYCIOWEGO LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO

Imię i nazwisko PESEL

DANE UPOSAŻONYCH (w przypadku niewskazania Uposażonych, Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje zgodnie z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „OWU”). Na wypadek mojej śmierci wskazuję następujących Uposażonych:

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo	Procent świadczenia
Główny (łącznie 100% Świadczenia)	<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"/>
Zastępczy (łącznie 100% Świadczenia)	<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"/>

W przypadku, gdy Uposażony jest cudzoziemcem, należy podać jego:

obywatelstwo nr paszportu lub serię i nr karty pobytu

W przypadku zmiany ww. danych, w tym adresu, nazwiska lub Uposażonego, prosimy o przekazanie takiej informacji do Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, zwane dalej „Unum”.

WYBÓR WARIANTU UBEZPIECZENIA

Wybieram Wariant Składka zł

Data wypełnienia Wniosku

Podpis Ubezpieczonego

DANE PARTNERA ŻYCIOWEGO (ZGODNIE Z WARUNKAMI UMOWY UBEZPIECZENIA)

Imię Nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Miejsce urodzenia

W przypadku, gdy Partner Życiowy jest cudzoziemcem, należy podać jego:

obywatelstwo nr paszportu lub serię i nr karty pobytu

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia (zwanym dalej „Wnioskiem”) są prawdziwe i prawidłowo zapisane.
- Oświadczam, że otrzymałem/ otrzymałam przed podpisaniem niniejszego Wniosku treść warunków Umowy ubezpieczenia, w tym OWU oraz Warunki umów dodatkowych i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach w nich określonych, jak również na ustaloną wysokość Sum ubezpieczenia.
- Podanie wymienionych powyżej danych jest obligatoryjne i następuje w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Unum danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Unum”. Oświadczam, iż otrzymałem/ otrzymałam i zapoznałem/ zapoznałam się z tym dokumentem.
- Upoważniam Ubezpieczającego do potrącania z mojego wynagrodzenia kwoty niezbędnej do pokrycia kosztów Składki i przekazywania jej do Unum (jeśli tak przewiduje Umowa ubezpieczenia – w przypadku Ubezpieczonego będącego Pracownikiem) oraz do udzielenia Unum wszelkich informacji niezbędnych do wykonywania Umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam Unum do wysyłania korespondencji dotyczącej Umowy ubezpieczenia adresowanej do mnie na adres Ubezpieczającego, a Ubezpieczającego upoważniam do odbioru w moim imieniu ww. korespondencji.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Unum danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia zakładowi reasekuracji, w sytuacji gdy jest to wymagane w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum – na wniosek lekarza upoważnionego przez Unum – od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielały świadczeń zdrowotnych na moją rzecz informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Unum (na jego wniosek) od Narodowego Funduszu Zdrowia danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, w związku z weryfikacją danych dotyczących stanu zdrowia dla celów ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową udostępniłem mi Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny” (dalej jako „OWU Assistance”) oraz zasady ochrony Ubezpieczających i Ubezpieczonych (tzw. Polityka Prywatności AWP) i wyrażam wolę objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Assistance Medyczny”, w której ubezpieczycielem jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (dalej jako „AWP”), z siedzibą w Warszawie.
- W związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Assistance Medyczny” wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych przez Unum do AWP. AWP jest odrębnym od Unum administratorem moich danych osobowych, a przetwarzane one będą w celach związanych z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „Assistance Medyczny”.
- Oświadczam, że przekazałem/ przekazałam mojemu Partnerowi Życiowemu (o ile dotyczy) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Unum zamieszczone w dokumencie „Dane osobowe w Unum” oraz oświadczam, że w związku z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia zawartej na rzecz Ubezpieczonego zostałem/ zostałam umocowana/ umocowany przez Partnera Życiowego do wyrażenia zgody w jego imieniu na przetwarzanie jego danych osobowych przez Unum w celu ich weryfikacji na etapie wypłaty Świadczenia.

UWAGA! OŚWIADCZENIE DOBRĘGO STANU ZDROWIA (w przypadku, gdy którekolwiek z poniższych oświadczeń jest niezgodne z prawdą prosimy o jego wykreślenie).

Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że nie byłem/-am i nie jestem w trakcie diagnostyki oraz nie byłem/-am i nie jestem leczony/-a z powodu następujących schorzeń: wady serca, choroby niedokrwiennej serca, choroby wieńcowej, zawału serca, udaru mózgu, cukrzycy, przewlekłych chorób wątroby, trzustki, nerek, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, choroby nowotworowej (w tym także białaczki).

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy (poprzedzających datę podpisania niniejszego oświadczenia) nie przebywałem/-am na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku) dłuższym niż 21 dni oraz w ciągu ostatnich 5 lat nie otrzymywałem/-am renty z tytułu niezdolności do pracy lub zasiłku rehabilitacyjnego trwającego dłużej niż 6 miesięcy.

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszego Wniosku nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum ani w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie związanym z rodzicielstwem w rozumieniu Kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym i nie orzeciono w stosunku do mnie niezdolności do pracy.

W przypadku przebywania na zwolnieniu lekarskim, prosimy o podanie przyczyny tego zwolnienia

Data podpisania Oświadczeń

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

- * Udzielam * nie udzielam Ubezpieczającemu (tj. Pracodawcy, który zawarł Umowę ubezpieczenia) pełnomocnictwa, z prawem do udzielenia dalszego pełnomocnictwa, do składania w moim imieniu oświadczeń woli w zakresie wyrażania zgody na dokonanie zmian Umowy ubezpieczenia w okresie jej trwania w zakresie modyfikacji warunków Umowy ubezpieczenia, zmian w wysokości Sum ubezpieczenia oraz Składki.
- * Wyrażam zgodę * nie wyrażam zgody na przesyłanie przez Unum za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (na wskazany adres e-mail) korespondencji dotyczącej umowy ubezpieczenia na życie, w tym informacji, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zakład ubezpieczeń zobowiązany jest przekazywać na piśmie.

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola.

Data podpisania Oświadczeń

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Podpis Ubezpieczonego

WYPEŁNIA UBEZPIEZAJĄCY

Data zatrudnienia Pracownika

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Rodzaj umowy:

umowa o pracę

umowa cywilnoprawna

Data nabycia uprawnienia do Umowy ubezpieczenia (zgodne z warunkami Umowy ubezpieczenia)

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Wnioskowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową

D	D	M	M	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---

Unum zastrzega sobie prawo do potwierdzenia wysokości Sumy ubezpieczenia oraz daty objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.

W przypadku konieczności weryfikacji medycznej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, objęcie ochroną ubezpieczeniową nastąpi po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z wymaganiami Unum.

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego

