

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

PROSIMY O WPISYWANIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Ubezpieczający (Pracodawca)

## 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

Wyznaczam Uposażonego, tj. osobę uprawnioną do otrzymania całości lub (jeżeli dotyczy – w przypadku Pracownika) części świadczenia z tytułu Umowy podstawowej lub z tytułu Umów dodatkowych, w ramach których odpowiedzialnością Unum Życie TUiR S.A. objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe związane ze śmiercią Ubezpieczonego – Pracownika Ubezpieczającego, pozostałej po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, wskazanych w art. 93 Kodeksu Pracy. 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 style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Zastępczy (łącznie 100% Świadczenia)	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 20px;" 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        
 Miejsce urodzenia

PESEL

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 udostępniono 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 zostałam/ zostałem 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 orzeczono 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 UBEZPIECZAJĄCY

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

