



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
E-mail	Nr mieszkania
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)				
Zastępczy (łącznie 100% Świadczenia)				

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 Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego 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 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 Ubezpiezonego

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 Ubezpiezonego

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