



WNIOSEK PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA W RAMACH UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE POLISA NR 8980

PROSIMY O WPISYWANIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczający (Pracodawca) **STOWARZYSZENIE DLA ZDROWIA I ŻYCIA**

Imię _____ Nazwisko _____
Data urodzenia PESEL

ADRES DOKORESPONDENCJI

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	% Świadczenia

W przypadku, gdy Uposażony jest cudzoziemcem, należy podać

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 S.A. (zwane dalej Unum (dawniej „Pramerica Życie TUIR SA“)).

WYBÓR WARIANTU UBEZPIECZENIA

Wybieram Wariant _____ Składka _____ zł

Data wypełnienia Wniosku Czytelny 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

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 „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową”. 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) oraz do udzielenia Unum wszelkich informacji niezbędnych do wykonywania Umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam Unum do wysyłania korespondencji 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 ryzyka 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 przekazałam/ przekazałem mojemu Partnerowi Życiowemu (o ile dotyczy) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Unum zamieszczone w dokumencie „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową” oraz oświadczam, że w związku z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia zawartej na rzecz Ubezpiezonego 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! W przypadku, gdy którekolwiek z poniższych oświadczeń jest niezgodne z prawdą, prosimy o jego wykreślenie:

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

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

Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oświadczam, że nie miałem/-am objawów, ani nie byłem/-am leczony/-a z powodu następujących schorzeń: wady serca, choroba niedokrwienna serca, choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, wylew, cukrzyca, choroby nowotworowe, przewlekłe choroby wątroby, przewlekłe choroby nerek, choroba psychiczna; oraz że w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przebywałem/(-am) na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłuższym niż dłuższym niż 30 dni (z wyłączeniem zwolnienia lekarskiego z powodu ciąży); jak również w ciągu ostatnich 5 lat nie otrzymywałem/-am renty lub zasiłku rehabilitacyjnego trwającego dłużej niż 6 miesięcy.

OŚWIADCZENIE O WYKONYWANYM ZAWODZIE (w przypadku, gdy którekolwiek z części poniższego oświadczenia jest niezgodna z prawdą, prosimy o jej wykreślenie)

Oświadczam, że z chwilą składania niniejszego wniosku nie wykonuję pracy we wskazanym zawodzie: rolnik, pirotechnik, korespondent wojenny, aktor cyrkowy, alpinista przemysłowy, marynarz, dżokej, górnik, kaskader, nurek, pilot, ratownik górski i wodny, rybak morski i śródlądowy, skoczek spadochronowy, sportowiec zawodowy oraz nie pełnię służby o charakterze mundurowym

Data podpisania
Oświadczeń

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

Czytelny 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 nie wyrażam zgody na przesyłanie przez Unum za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (na wskazany adres e-mail) korespondencji dotyczącej umowy 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
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Czytelny podpis Ubezpiezonego

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

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

--	--	--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--	--	--

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

W przypadku zgłoszenia do Umowy ubezpieczenia osoby, której Suma ubezpieczenia przewyższa ustalony poziom Granicznej sumy ubezpieczenia oraz w przypadku konieczności weryfikacji medycznej, objęcie ochroną ubezpieczeniową nastąpi po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej, zgodnie z wymaganiami Unum.

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego