

WNIOSEK O DOKONANIE ZMIANY DATA'S CHANGE FORM



PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH WE WNIOSKU DRUKOWANYMI LITERAMI. WSZELKIE DOKONYWANE POPRAWKI POWINNY BYĆ POTWIERDZONE PODPISEM
MAKE SURE TO USE CAPITAL LETTERS WHEN PUTTING IN THE DATA. IF YOU MAKE A CORRECTION, MAKE SURE IT IS INITIALLED

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO (PRACODAWCY)/ NAME OF THE POLICYHOLDER (EMPLOYER)

JESTEŚ UBEZPIECZONY JAKO
YOU ARE INSURED AS A(N)

Pracownik/ Employee

lub/ or

Małżonek Pracownika
Employee's Spouse

Partner Pracownika
Employee's Partner

Pełnoletnie Dziecko
Adult Child

Imię/ First name

Nazwisko/ Surname

PESEL/ PESEL number

Data urodzenia (jeżeli nie posiadasz numeru PESEL)
Date of Birth (if no PESEL number assigned)

WNIOSKUJESZ O/ I APPLY FOR:

- zmianę Twoich danych osobowych
change of your personal data
- wskazania Partnera/zmianę Partnera/zmianę danych osobowych Partnera
indicate the Partner/change of indication of my Partner/ change of Partner's personal data
- wskazanie Uposażonych/zmianę Uposażonych/zmianę danych osobowych Uposażonych
indicate Beneficiaries/change of Beneficiaries/change the Beneficiaries' personal data
- zmianę zakresu ubezpieczenia (zmianę Pakietu/Wariantu) lub wysokości składki
change of the scope of coverage (change of the Package/Option) or the premium amount
- zmianę oświadczenia o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną
change of permanent data carrier and electronic communication statement

UZUPEŁNIJ WYŁĄCZNIE TE DANE PONIŻEJ, KTÓRE ULEGĄJĄ ZMIANIE/ COMPLETE ONLY THE DATA BELOW THAT WILL BE CHANGED

1) ZMIANA TWOICH DANYCH OSOBOWYCH/ CHANGE OF YOUR PERSONAL DATA:

Adres do korespondencji po zmianie/ Mailing address after change

Miejscowość/ City/Town

Kod pocztowy/ Zip code

Ulica/ Street

Nr domu
House number

Nr mieszkania
Apartment number

Nazwisko po zmianie/ Surname after change

Adres mailowy po zmianie/ E-mail after change

Numer telefonu komórkowego po zmianie
Mobile after change

2) WSKAZANIE PARTNERA/ZMIANA PARTNERA/ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH PARTNERA:
PARTNER INDICATION/CHANGE OF PARTNER/ CHANGE OF PARTNER'S PERSONAL DATA:

Dane Partnera po zmianie/ Partner's data after change

Partnera możesz wskazać lub zmienić wskazanie, jeśli nie pozostajesz w związku małżeńskim, a zakres Twojego ubezpieczenia obejmuje życie i zdrowie Partnera. Zmiana wskazania Partnera jest możliwa tylko jeden raz w Roku ubezpieczenia, w rocznicę Polisy odpowiadającej każdej kolejnej dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia. You may indicate the Partner if you are not married and your insurance coverage includes you Partner's life or health. Change of the Partner indication is available once in the course of Insurance Year, on Policy anniversary corresponding to each subsequent date of conclusion of the Insurance Contract.

Imię/ First name

Nazwisko/ Surname

PESEL/ PESEL number

Data urodzenia (jeżeli Partner nie posiada numeru PESEL)
Date of Birth (if no PESEL number assigned)

3) WSKAZANIE UPOSAŻONYCH/ZMIANA UPOSAŻONYCH/ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH UPOSAŻONYCH: BENEFICIARIES INDICATION/CHANGE OF BENEFICIARIES/CHANGE OF BENEFICIARIES PERSONAL DATA:

Dane Uposażonych po zmianie/ Beneficiaries data after change

Uposażeni, których wskażesz poniżej, będą uprawnieni do otrzymania świadczenia w przypadku Twojej śmierci.

Na wypadek śmierci – z tytułu Umowy podstawowej lub z tytułu Umów dodatkowych, w ramach których ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego – wskazuje następujących Uposażonych jako osoby uprawnione do otrzymania całości świadczenia lub (w przypadku Ubezpieczonego będącego Pracownikiem – jeżeli dotyczy) części świadczenia, jaka pozostanie do wypłaty po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do otrzymania odprawy pośmiertnej, w kwocie nie wyższej niż wskazana w art. 93 Kodeksu pracy, w związku ze śmiercią Ubezpieczonego będącego jednocześnie Pracownikiem.

The Beneficiaries listed below shall be entitled to receive the Benefit in the event of your death.

In the event of Death - under the Basic Contract or life Riders - I hereby designate the following Beneficiaries entitled to receive the Benefit in full or - when the Life Insured is an Employee, as applicable - to receive the part of the Benefit remaining once the claims of the persons entitled to receive death severance pay have been satisfied, in the amount not higher than as per Article 93 of the Labor Code, in connection with the death of a Life Insured who is an Employee.

Uposażony Główny/ Primary Beneficiary			Procent Świadczenia (łącznie 100%) Benefit Percentage (100% in total)
Imię/ First name	Nazwisko/ Surname	D D M M R R R R	
Imię/ First name	Nazwisko/ Surname	D D M M R R R R	
Imię/ First name	Nazwisko/ Surname	D D M M R R R R	
Uposażony Zastępczy/ Secondary Beneficiary			Procent Świadczenia (łącznie 100%) Benefit Percentage (100% in total)
Imię/ First name	Nazwisko/ Surname	D D M M R R R R	
Imię/ First name	Nazwisko/ Surname	D D M M R R R R	
Imię/ First name	Nazwisko/ Surname	D D M M R R R R	

4) ZMIANA ZAKRESU UBEZPIECZENIA LUB WYSOKOŚCI SKŁADKI/ CHANGE OF SCOPE OF COVERAGE AND PREMIUM AMOUNT:

Zakres ubezpieczenia i składka po zmianie/ Scope of coverage and Premium amount after change

Wybieram Pakiet/Wariant podstawowy (wpisz nazwę) / I choose Basic Package/Option (enter a name) składka/ premium , zł/PLN

Wybieram Pakiety/Warianty dodatkowe (wpisz poniżej nazwy) / I choose Additional Package/Option (enter a name)

	Składka/ Premium
	<input type="text"/> , <input type="text"/> zł/PLN
	<input type="text"/> , <input type="text"/> zł/PLN
	<input type="text"/> , <input type="text"/> zł/PLN
	<input type="text"/> , <input type="text"/> zł/PLN
	<input type="text"/> , <input type="text"/> zł/PLN

Łączna składka za Pakiet/Wariant podstawowy i Pakiety/Warianty dodatkowe:
Premium total for the Basic Package/Option and the additional Packages/Options: , zł/PLN

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA/ HEALTH DECLARATION

Oświadczenie dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych wnioskujących o zmianę zakresu ubezpieczenia*:

The statement applies only to the Insured applying for a change the scope of coverage*:

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszego Wniosku nie przebywam na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, ze złamaniami, skręceniami, zwichnięciami ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny), w hospicjum, szpitalu ani innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym, nie mam orzeczonej niezdolności do pracy ani też nie ubiegam się o takie orzeczenie, nie otrzymuję świadczenia rehabilitacyjnego ani też nie ubiegam się o nie.

This is to represent that, on the date of signature of this Change Form, I am not on sick leave longer than 14 days (this does not apply to a leave related to pregnancy, childbirth, fractures, sprains, dislocations or a family care leave), in hospice, hospital or any other care and treatment facility, I have not been certified as disabled nor have I applied for such a certificate, I do not receive rehabilitation benefit nor have I applied for such benefit.

* WAŻNE: W przypadku gdy OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA jest niezgodne z prawdą, zaznacz NIE poniżej.

* IMPORTANT NOTE: When HEALTH DECLARATION is invalid, make sure to check NO below.

NIE, nie składam OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA
NO, I am not making my HEALTH DECLARATION

Prosimy również o zapoznanie się i złożenie dodatkowych Oświadczeń o Stanie Zdrowia znajdujących się na str. 3, jeżeli są wymagane w związku z wnioskowaną zmianą zakresu ubezpieczenia.

Please also read and submit additional Health Statements on page 3, if they are required in connection with the proposed change in the scope of coverage.

**5) ZMIANA OŚWIADCZENIA O WYRAŻENIU ZGODY NA TRWAŁY NOŚNIK I KOMUNIKACJĘ ELEKTRONICZNĄ:
CHANGE OF PERMANENT DATA CARRIER AND ELECTRONIC COMMUNICATION STATEMENT:**

W przypadku zmiany poniższego oświadczenia, prosimy o zaznaczenie odpowiedniego pola.

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Unum za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym na wskazany adres e-mail) korespondencji dotyczącej Umowy ubezpieczenia na życie przed jej zawarciem, jak i po jej zawarciu, a także do przekazywania na trwałym nośniku informacji, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zakład ubezpieczeń zobowiązany jest przekazywać na piśmie.

If you change the following statement, please check the appropriate box.

I authorize Unum to mail me via electronic means of communication (including to my e-mail address) in connection with Life Insurance Contract, before and after its conclusion, and to use a permanent data carrier to share the information an insurance company is required to share in writing under applicable laws and regulations.

TAK/ YES NIE/ NO

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO/ DECLARATIONS OF THE LIFE INSURED

1) zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem wszystkie udzielone informacje oraz podane przeze mnie dane są prawdziwe. Jednocześnie potwierdzam złożenie wszystkich oświadczeń zawartych w niniejszym Wniosku,*

to the best of my knowledge and belief, all the answers, information and data I put herein are true. Also, this is to confirm that all the declarations and authorizations on this Change Form are made by*

2) pozostałe dane podane przeze mnie we Wniosku o przystąpienie do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie nie uległy zmianie,

the other data provided by me in the Group Life Insurance Enrollment Form have not changed,

3) przed wyrażeniem zgody na zmianę zakresu ubezpieczenia otrzymałam/otrzymałem Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach w nich określonych jak również na wysokość sum ubezpieczenia*.

prior to giving consent to package's change, I have received the content of Insurance Contract, including GTCs and Rider Terms and Conditions, and I agree to be covered by insurance on the terms specified therein, and I accept the amount of the Sum Insured*.

*o ile dotyczy/ if applies

Data/ Date

Podpis Ubezpieczonego/ Signature of the Life Insured

Niniejszy Wniosek został sporządzony w polskiej oraz angielskiej wersji językowej z zastrzeżeniem, że w razie rozbieżności pomiędzy obiema wersjami wiążąca jest polska wersja językowa.

This Application Form is drawn up in the Polish and English language versions, with the provision that in the event of any discrepancy between the two versions, the Polish language version shall prevail.

DODATKOWE OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA EVIDENCE OF INSURABILITY DECLARATIONS



**WAŻNE: W PRZYPADKU GDY KTÓREKOLWIEK Z PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA
JEST NIEZGODNE Z PRAWDĄ, NIE SKŁADAJ PODPISU POD TYM OŚWIADCZENIEM**

IMPORTANT: IF ANY OF THE FOLLOWING HEALTH DECLARATION IS INVALID, DO NOT SIGN IT

Oświadczenie nr 1 Declaration 1

OŚWIADCZENIE O DOBRYM STANIE ZDROWIA GOOD HEALTH STATEMENT

Podpisz niniejsze oświadczenie, jeżeli: / Sign this declaration, if:

- wnioskujesz o Pakiet dodatkowy U Chroni Życie lub Pakiet dodatkowy U Chroni Zdrowie (o ile Pakiety te stanowią część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie);
Pakiet dodatkowy U Chroni Życie i Pakiet dodatkowy U Chroni Zdrowie dotyczą wyłącznie Ubezpieczonych przystępujących do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Premium, lub
You are applying for a Life Cover with U Package or a Health Cover with U Package (provided that these Packages are included in Group Life Insurance Contract);
the Life Cover with U Package and the Health Cover with U Package are only offered to the Insureds enrolling in Group Life Insurance Contract with Premium Coverage; or
- złożenie poniższego oświadczenia jest wymagane w celu objęcia Cię ochroną w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zgodnie z warunkami zawartej Umowy grupowego ubezpieczenia na życie).
You are required to make this declaration in order to be covered under Group Life Insurance Contract (as per terms and conditions of Group Life Insurance Contract).

Oświadczam, że: / This is to represent that:

- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi chorobami: wadami serca, chorobą niedokrwienną serca (chorobą wieńcową), zawałem serca, udarem mózgu, cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciążowej), przewlekłymi chorobami: wątroby, trzustki lub nerek, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, chorobą nowotworową;
over the last 6 months, I have not been referred for diagnostics (preventive examination excluded), hospitalization, surgery or any other medical treatment in connection with any of the following conditions: heart defect, ischemic heart disease (coronary artery disease), heart attack, stroke, diabetes (gestational diabetes excluded); liver, pancreas or kidney chronic condition; mental disorders, behavioral disorders, cancer;
- w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1 powyżej;
over the last 5 years, I have not been diagnosed with or treated for any of the conditions listed in Section 1 above;
- w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przebywałam/przebywałem na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny).
over the last 12 months, I have not been on sick leave for more than 30 days (this does not apply to a leave related to pregnancy, childbirth, fractures, sprains, dislocations or family care).

Podpis Ubezpieczonego/ Signature of the Life Insured

Oświadczenie nr 2, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy

Declaration 2, required when applying for the Package/Plan below

(o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)
(Provided that this Package/Plan is included in your Group Life Insurance Contract)

U CHRONI ONKOLOGICZNIE/ CANCER COVER WITH U

Oświadczam, że: / This is to represent that:

- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
over the last 6 months, I have not been referred for diagnostics (preventive examination excluded), hospitalization, surgery or any other medical treatment in connection with cancer;
- w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu choroby nowotworowej.
over the last 5 years, I have not been diagnosed with or treated for cancer.

Podpis Ubezpieczonego/ Signature of the Life Insured

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Chroni Onkologicznie.
If you have not signed the above declaration, you are not eligible for Cancer Cover with U.

Oświadczenie nr 3, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy

Declaration 3, required when applying for the Package/Plan below

(o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)
(Provided that this Package/Plan is included in your Group Life Insurance Contract)

U CHRONI SERCE/ CARDIO COVER WITH U

Oświadczam, że: / This is to represent that:

- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: wadami serca, wadami zastawek serca, chorobą niedokrwienną serca, chorobą wieńcową, miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, wylewem, otyłością, cukrzycą;
over the last 6 months, I have not been referred for diagnostics (preventive examination excluded), hospitalization, surgery or any other medical treatment in connection with any of the following conditions: heart defect, heart valve disease, ischemic heart disease, coronary artery disease, atherosclerosis, arrhythmia, heart attack, stroke, obesity, diabetes;
- w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1 powyżej.
over the last 5 years, I have not been diagnosed with or treated for any of the conditions listed in Section 1 above.

Podpis Ubezpieczonego/ Signature of the Life Insured

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Chroni Serce.
If you have not signed the above declaration, you are not eligible for Cardio Cover with U.

Oświadczenie nr 4, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet dodatkowy
Declaration 4, required when applying for the Package below

(o ile Pakiet ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)
 (Provided that this Package is included in your Group Life Insurance Contract)

U WSPIERA ŻYCIE W ZDROWIU/ HEALTHY LIFE SUPPORT WITH U

Oświadczam, że:/ This is to represent that:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: cukrzyca, chorobą wieńcową, chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy, przewlekłą chorobą układu oddechowego, dną moczanową, celiakią, chorobą tarczycy (z wyłączeniem Hashimoto);
 over the last 6 months, I have not been referred for diagnostics (preventive examination excluded), hospitalization, surgery or any other medical treatment in connection with any of the following conditions: diabetes, coronary artery disease, gastric or duodenal ulcer disease, chronic respiratory disease, gout, celiac disease, thyroid disease (the Hashimoto's excluded);
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1 powyżej.
 over the last 5 years, I have not been diagnosed with or treated for any of the conditions listed in Section 1 above.

Podpis Ubezpieczonego/ Signature of the Life Insured

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Wspiera Życie w Zdrowiu.
If you have not signed the above declaration, you are not eligible for Healthy Life Support with U.

Niniejszy Wniosek został sporządzony w polskiej oraz angielskiej wersji językowej z zastrzeżeniem, że w razie rozbieżności pomiędzy obiema wersjami wiążąca jest polska wersja językowa.
This Application Form is drawn up in the Polish and English language versions, with the provision that in the event of any discrepancy between the two versions, the Polish language version shall prevail.