WNIOSEK O DOKONANIE ZMIANY

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH WE WNIOSKU DRUKOWANYMI LITERAMI.
WSZELKIE DOKONYWANE POPRAWKI POWINNY BYĆ POTWIERDZONE PODPISEM

Numer polisy

Numer certyfikatu

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO (PRACODAWCY)

JESTEŚ UBEZPIECZONY JAKO

☐ Pracownik

lub

☐ Małżonek Pracownika ☐ Partner Pracownika ☐ Pełnoletnie Dziecko

Imię

Nazwisko

PESEL

D D M M R R R R
Data urodzenia (jeżeli nie posiadasz numeru PESEL)

WNIOSKUJESZ O:

1) ☐ zmianę Twoich danych osobowych
2) ☐ wskazanie Partnera/zmianę Partnera/zmianę danych osobowych Partnera
3) ☐ wskazanie Uposażonych/zmianę Uposażonych/zmianę danych osobowych Uposażonych
4) ☐ zmianę zakresu ubezpieczenia (zmianę Pakietu/Wariantu) lub wysokości składki
5) ☐ zmianę oświadczenia o wyrażeniu zgody na trwały nośnik i komunikację elektroniczną

UZUPEŁNIJ WYŁĄCZNIE TE DANE PONIŻEJ, KTÓRE ULEGAJĄ ZMIANIE

1) ZMIANA TWOICH DANYCH OSOBOWYCH:

Adres do korespondencji po zmianie

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Nazwisko po zmianie

Adres mailowy po zmianie

Numer telefonu komórkowego po zmianie

2) WSKAZANIE PARTNERA/ZMIANA PARTNERA/ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH PARTNERA:

Dane Partnera po zmianie

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.

Imię

Nazwisko

PESEL

D D M M R R R R
Data urodzenia (jeżeli Partner nie posiada numeru PESEL)

3) WSKAZANIE UPOSAŻONYCH/ZMIANA UPOSAŻONYCH/ZMIANA DANYCH OSOBOWYCH UPOSAŻONYCH:

Dane Uposażonych po zmianie

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 – wskazuję 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.

Uposażony Główny

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Procent świadczenia (łącznie 100%)
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	

Uposażony Zastępczy

Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Procent świadczenia (łącznie 100%)
		D D M M R R R R	
		D D M M R R R R	

4) ZMIANA ZAKRESU UBEZPIECZENIA LUB WYSOKOŚCI SKŁADKI:

Zakres ubezpieczenia i składka po zmianie

Wybieram Pakiet/Wariant podstawowy (wpisz nazwę) ..... składka ___, ___ zł

Wybieram Pakiety/Warianty dodatkowe (wpisz poniżej nazwy) — Składka

___, ___ zł

___, ___ zł

___, ___ zł

___, ___ zł

___, ___ zł

Łączna składka za Pakiet/Wariant podstawowy i Pakiety/Warianty dodatkowe: ___, ___ zł

Czy w dniu podpisania niniejszego Wniosku:

1) **przebywasz** na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny)?
2) **przebywasz** w hospicjum, szpitalu lub innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym?
3) **masz** orzeczoną niezdolność do pracy lub też ubiegasz się o takie orzeczenie?
4) **otrzymujesz** świadczenie rehabilitacyjne lub też ubiegasz się o takie świadczenie?

Jeżeli Twoja odpowiedź na chociaż jedno z powyższych pytań brzmi TAK, zaznacz TAK poniżej. Jeżeli odpowiedzi na wszystkie powyższe pytania brzmią NIE, nic nie zaznaczaj.

☐ TAK

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.

5) ZMIANA OŚWIADCZENIA O WYRAŻENIU ZGODY NA TRWAŁY NOŚNIK I KOMUNIKACJĘ ELEKTRONICZNĄ

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 lub na wskazany nr telefonu, za pośrednictwem wiadomości SMS) korespondencji dotyczącej Umowy ubezpieczenia na życie przed przystąpieniem, jak i po przystąpieniu do tej Umowy ubezpieczenia, a także do przekazywania na trwałym nośniku informacji, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zakład ubezpieczeń zobowiązany jest przekazywać na piśmie.

☐ TAK ☐ NIE

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

1) zgodnie z moją najlepszą wiedzą wszystkie udzielone informacje oraz podane przeze mnie dane są prawdziwe. Jednocześnie potwierdzam złożenie wszystkich oświadczeń zawartych w niniejszym Wniosku,*
2) pozostałe dane podane przeze mnie we Wniosku o przystąpienie do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie nie uległy zmianie,
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*.

*o ile dotyczy

D D M M R R R R
Data

Podpis Ubezpieczonego

DODATKOWE OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

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

Oświadczenie nr 1

OŚWIADCZENIE O DOBRYM STANIE ZDROWIA

Podpisz niniejsze oświadczenie, jeżeli:

1) **wnioskujesz o Pakiet dodatkowy U Chroni Życie lub Pakiet dodatkowy U Chroni Zdrowie (o ile Pakiety te stanowią część Umowy ubezpieczenia grupowego na życie); Pakiet dodatkowy U Chroni Życie i Pakiet dodatkowy U Chroni Zdrowie dotyczą wyłącznie Ubezpieczonych w ramach Umowy ubezpieczenia grupowego na życie Ochrona Premium, lub**
2) **zmieniasz wariant na wariant z wyższą składką w Pakiecie dodatkowym U Chroni Życie lub Pakiecie dodatkowym U Chroni Zdrowie lub**
3) **złożenie poniższego oświadczenia jest wymagane w celu dokonania zmiany w zakresie ochrony w ramach Umowy ubezpieczenia grupowego na życie (zgodnie z warunkami zawartej Umowy ubezpieczenia grupowego na życie).**

Oświadczam, że:

1) w ciągu ostatnich 12 miesięcy:
   a) 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, przewlekłymi chorobami układu oddechowego: rozedmą płuc, sarkoidozą, rozstrzeniem oskrzeli, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, ZZA (zespołem zależności alkoholowej), otyłością patologiczną, chorobą nowotworową;
   b) 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),
2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1) a) powyżej.

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie nr 2

wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy lub zmieniasz wariant na wariant z wyższą składką w tym Pakiecie

(o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

U CHRONI ONKOLOGICZNIE

Oświadczam, że:

1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie choroby nowotworowej ani nie leczyłam/leczyłem się z jej powodu.

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy Cię objąć ochroną w ramach Pakietu/Wariantu dodatkowego U Chroni Onkologicznie lub dokonać wnioskowanej zmiany wariantu.

Oświadczenie nr 3

wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy lub zmieniasz wariant na wariant z wyższą składką w tym Pakiecie

(o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

U CHRONI SERCE

Oświadczam, że:

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: wadami serca, wadami zastawek serca, chorobą niedokrwienną serca (chorobą wieńcową), miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, otyłością, cukrzycą;
2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie chorób wymienionych w pkt 1) powyżej ani nie leczyłam/leczyłem się z ich powodu.

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy Cię objąć ochroną w ramach Pakietu/Wariantu dodatkowego U Chroni Serce lub dokonać wnioskowanej zmiany wariantu.

Oświadczenie nr 4

wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy lub zmieniasz wariant na wariant z wyższą składką w tym Pakiecie

(o ile Pakiet ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

U WSPIERA ŻYCIE W ZDROWIU

Oświadczam, że:

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: cukrzycą, chorobą wieńcową, chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy, przewlekłą chorobą układu oddechowego, dną moczanową, celiakią, chorobą tarczycy (z wyłączeniem Hashimoto);
2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie chorób wymienionych w pkt 1) powyżej ani nie leczyłam/leczyłem się z ich powodu.

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałeś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Wspiera Życie w Zdrowiu.

GB-W-ZMIA-IV