

WNIOSEK O DOKONANIE ZMIANY



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

NAZWA UBEZPIEZAJĄCEGO (PRACODAWCY)

JESTEŚ UBEZPIECZONY JAKO

Pracownik

lub

Małżonek Pracownika Partner Pracownika Pełnoletnie Dziecko

Imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia (jeżeli nie posiadasz numeru PESEL)

WNIOSKUJESZ O:

- zmianę Twoich danych osobowych
- wskazania Partnera/zmianę Partnera/zmianę danych osobowych Partnera
- wskazanie Uposażonych/zmianę Uposażonych/zmianę danych osobowych Uposażonych
- zmianę zakresu ubezpieczenia (zmianę Pakietu/Wariantu) lub wysokości składki
- 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

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 – 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.

Uposażony Główny		Procent świadczenia (łącznie 100%)	
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
Uposażony Zastępczy		Procent świadczenia (łącznie 100%)	
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	

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
	_____ zł

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

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczenie dotyczy wyłącznie Ubezpieczonych wnioskujących o zmianę zakresu ubezpieczenia*:

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.

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

NIE, nie składam OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

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) 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.

TAK NIE

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

- 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,*
- pozostałe dane podane przeze mnie we Wniosku o przystąpieniu do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie nie uległy zmianie,
- 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

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:

- 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
- zmieniasz wariant na wariant z wyższą składką w Pakiecie dodatkowym U Chroni Życie lub Pakiecie dodatkowym U Chroni Zdrowie lub
- 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:

- 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 niedokrwinną serca (chorobą wieńcową), zawałem serca, udarem mózgu, cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciężkowej), przewlekłymi chorobami: wątroby, trzustki lub nerek, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, chorobą nowotworową;
- w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt. 1) powyżej;
- 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).

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:

- w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
- 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:

- 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 niedokrwinną serca (chorobą wieńcową), miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, otyłością, cukrzycą;
- 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:

- 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);
- 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.