

FORMULARZ ZMIANY DANYCH UMOWA GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

PROSIMY O WPISYWANIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE IDENTYFIKACYJNE

Nazwa Ubezpieczającego (Pracodawcy)

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Właściciel Pracownik Małżonek Partner Życiowy Pełnoletnie Dziecko

Imię Nazwisko

Data urodzenia

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

 PESEL

E-mail Telefon

SZCZEGÓŁY WPROWADZONYCH ZMIAN

W PRZYPADKU ZMIANY ADRESU KORESPONDENCYJNEGO PROSIMY UZUPEŁNIĆ PONIŻSZE POLA:

Adres po zmianie

Miejscowość	Kod pocztowy	
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania

W PRZYPADKU ZMIANY NAZWISKA PROSIMY UZUPEŁNIĆ PONIŻSZE POLE:

Nazwisko po zmianie

W PRZYPADKU ZMIANY UPOSAŻONYCH PROSIMY UZUPEŁNIĆ PONIŻSZE POLA:

	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 seria i numer karty pobytu
--------------	--------------	--------------------------------

W PRZYPADKU INNYCH ZMIAN (NP. NR TELEFONU, ADRES E-MAIL) PROSIMY UZUPEŁNIĆ PONIŻSZE POLE:

Telefon	E-mail	Inne
---------	--------	------

W PRZYPADKU ZMIANY WARIANTU UBEZPIECZENIA PROSIMY UZUPEŁNIĆ PONIŻSZE POLA:

UWAGA! Zmiana Wariantu jest możliwa zgodnie z warunkami Umowy ubezpieczenia i pod warunkiem akceptacji poniższych oświadczeń:

Wariant po zmianie	Składka zł
--------------------	---

W PRZYPADKU ZMIANY PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ UBEZPIECZONEGO PROSIMY ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE POLA:

- * 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 Składek.
- * 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.

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszego Formularza zmian 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 UBEZPIECZONEGO

UWAGA! Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., zwane dalej „Unum” (dawniej: „Pramerica Życie TUIR SA”) danych osobowych zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Unum” znajdującym się na stronie internetowej: www.unum.pl.

- 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.
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na zmianę Wariantu otrzymałam/otrzymałem treść OWU/Warunków umów dodatkowych i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach w nich określonych jak również na ustaloną wysokość Sum ubezpieczenia.

Data wypełnienia Formularza

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

Czytelny podpis Ubezpieczonego

