

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 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:

Uposażeni po zmianie

Nazwisko i imię	Data urodzenia	Adres do korespondencji	Pokrewieństwo	Procent świadczenia (łącznie 100%)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 Warian tu jest możliwa zgodnie z warunkami Umowy ubezpieczenia i pod warunkiem akceptacji poniższych oświadczeń:

Wariant po zmianie Składka zł

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

OŚWIADCZENIA 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 przetwarzanie (w tym profilowanie) przez Unum danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia w celu dokonania zmian w zawartej umowie ubezpieczenia na życie, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonania tej umowy. W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest niepełnoletni, którego jestem przedstawicielem ustawowym, wyrażam zgodę na przetwarzanie (w tym profilowanie) przez Unum danych osobowych dotyczących stanu zdrowia niepełnoletniego w celu zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonania tej umowy.
- 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 rzecz moją lub mojego dziecka, którego jestem przedstawicielem ustawowym, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia lub stanie zdrowia mojego dziecka, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz lub na rzecz mojego dziecka umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci mojej lub mojego dziecka, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- 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.
- 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.

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Data wypełnienia Formularza