

# WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY

## GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

NA PODSTAWIE PROPOZYCJI UBEZPIECZENIA NR ..... Z DNIA .....

### DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

PEŁNA NAZWA FIRMY

ADRES

KOD POCZTOWY

 - 

MIEJSCOWOŚĆ

ULICA/NR DOMU/NR LOKALU

TELEFON

ADRES E-MAIL

REGON

NIP

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI

KRAJ/SIEDZIBA

NR KRS/NR WPISU DO CEIDG

OSOBA FIZYCZNA\*

OSOBA PRAWNA\*

DANE OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO KONTAKTU W SPRAWIE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA W FIRMIE

IMIĘ

NAZWISKO

STANOWISKO

TELEFON

ADRES E-MAIL

### ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO NA ŻYCIE

I. WNIOSKOWANA DATA ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

II. OSOBY UPRAWNIONE DO OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIA UBEZPIECZENIOWĄ

PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIĄ GRUPĘ UPRAWNIONYCH ZGODNIE Z PROPOZYCJĄ UBEZPIECZENIA

- WŁAŚCICIEL
- PRACOWNICY ZATRUDNIENI NA PODSTAWIE UMOWY O PRACĘ  PRACOWNICY ZATRUDNIENI NA PODSTAWIE UMOWY CYWILNOPRAWNEJ
- MAŁŻONKOWIE/PARTNERZY ŻYCIOWI/PEŁNOLETNIE DZIECI

LICZBA OSÓB ZATRUDNIONYCH

LICZBA PRACOWNIKÓW ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA

LICZBA MAŁŻONKÓW/PARTNERÓW ŻYCIOWYCH/PEŁNOLETNICH DZIECI ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA

ŁĄCZNA LICZBA OSÓB ZGŁOSZONYCH DO UBEZPIECZENIA

Nowi Pracownicy - nabywają uprawnienia od\*:

- pierwszego dnia Miesiąca polisowego następującego po spełnieniu kryterium uprawnienia do ubezpieczenia
- pierwszego dnia Miesiąca polisowego, jeśli kryterium uprawnienia do ubezpieczenia zostało spełnione w tym dniu
- inne (jakie?)

III. OPŁACANIE SKŁADEK

Częstotliwość\*:

- miesięczna  kwartalna  półroczna  roczna

Składki finansowane przez\*:

- Pracodawcę  Pracownika  Pracownika i Pracodawcę wspólnie

W przypadku finansowania przez Pracodawcę składki z tytułu Umowy Podstawowej (śmierć Ubezpieczonego) - czy Pracodawca chce skorzystać ze zwolnienia z odpłaty pośmiertnej zgodnie z art. 93 Kodeksu Pracy

- Tak  Nie

IV. SUMY UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia na życie jest jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych  zł

Suma ubezpieczenia na życie to wielokrotność zarobków:  x miesięczne wynagrodzenie brutto

Suma ubezpieczenia na życie jest zróżnicowana dla poszczególnych wariantów, zgodnie z poniższym:

Wariant	Suma ubezpieczenia w zł
1.	
2.	
3.	

\* PROSZĘ WSTAWIĆ „X” W WYBRANYM POLU

## V. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

Wnioskowany zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, a w szczególności zakres Umów dodatkowych wynika

z propozycji ubezpieczenia numer ..... z dnia

## VI. POPRZEDNIA UMOWA UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

Czy bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia z Unum Życie TUiR S.A. (zwanego dalej „Unum”), grupa osób zgłoszonych do Umowy ubezpieczenia była objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego na życie zawartej przez Ubezpieczającego z innym ubezpieczycielem?

Tak  Nie

Jeśli tak, to prosimy:

1) podać nazwę poprzedniego ubezpieczyciela

2) podać datę rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego

3) załączyć kopię rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego wraz z listą osób dotychczas ubezpieczonych, ze wskazaniem okresu obejmowania ochroną, zakresem ochrony ubezpieczeniowej i wysokością sum ubezpieczenia.

## ZAŁĄCZNIKI

**UWAGA! Każdy załącznik należy podstemplować pieczęcią zakładu pracy oraz umieścić podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego do kontaktu w sprawie Umowy ubezpieczenia grupowego na życie w firmie.**

Lista pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia wg następującego wzoru

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Płeć (K/M)	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)	Status (Pracownik zatrudniony na umowę o pracę albo na umowę cywilnoprawną/Małżonek/Partner Życiowy/Pełnoletnie Dziecko)	Data zatrudnienia	Wariant	Składka/Wynagrodzenie* (* jeżeli Suma ubezpieczenia na życie to wielokrotność zarobków)	Czy dotychczas ubezpieczony (jeżeli tak – proszę wskazać okres od-do)

- Wnioski przystąpienia do ubezpieczenia
- Kopia odpisu z właściwego rejestru (KRS) lub ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG), do której wpisany jest Ubezpieczający
- Kopia rozwiązania Poprzedniej umowy ubezpieczenia grupowego, ze wskazaniem okresu obejmowania ochroną, zakresem ochrony ubezpieczeniowej i wysokościami sum ubezpieczenia (jeśli dotyczy)
- Oświadczenie Ubezpieczającego (tzw. oświadczenie PEP, jeśli wymagane).

## OŚWIADCZENIE UNUM

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia poprzez doręczenie Unum pisemnego oświadczenia o odstąpieniu w terminie 7 dni (jeśli Ubezpieczający jest przedsiębiorcą) lub 30 dni (w pozostałych przypadkach) od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Unum zwraca Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, przy czym ma prawo zatrzymać część Składki należną za okres, w którym udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

Unum informuje, że przedstawiona propozycja ubezpieczenia wskazana powyżej, została przygotowana na podstawie uzyskanych od Ubezpieczającego informacji na temat Jego wymagań i potrzeb w oparciu o oferowane przez Unum produkty ubezpieczeniowe.

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO (PRACODAWCY)

Niniejszym Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie z Unum Umowy ubezpieczenia grupowego na życie wraz z Umowami dodatkowymi (zwana dalej „Umową ubezpieczenia”) określonymi w propozycji ubezpieczenia, wskazanej powyżej. Ubezpieczający potwierdza, że zakres przedstawionego ubezpieczenia, Sumy ubezpieczenia oraz wysokość Składki odpowiadają Jego potrzebom i wymaganiom oraz przyjmuje warunki tej Umowy ubezpieczenia. Warunki te będą obowiązywać od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, potwierdzonej w Polisie, co Ubezpieczający potwierdza poniżej swoim podpisem.

Ubezpieczający oświadcza także, że otrzymał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia warunki Umowy ubezpieczenia, a w szczególności Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, Warunki umów dodatkowych, dokument „Obowiązek informacyjny poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia”, oraz „Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym” na podstawie których zostanie zawarta Umowa ubezpieczenia, tj. Umowa podstawowa wraz z Umowami dodatkowymi, potwierdzonymi w propozycji ubezpieczenia wskazanej powyżej.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Unum danych osobowych, w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Unum”. Niniejszym Ubezpieczający oświadcza, iż otrzymał i zapoznał się z tym dokumentem.

Ubezpieczający potwierdza, że został poinformowany przez Unum, że osoby, które w dniu podpisania Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia przebywają na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, w hospicjum lub zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na zasiłku rehabilitacyjnym, urlopie związanym z rodzicielstwem w rozumieniu kodeksu pracy, urlopie bezpłatnym lub w stosunku do których orzeczono niezdolność do pracy nie nabywają uprawnień do objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Niniejszy Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zastępuje wcześniej złożone wnioski Ubezpieczającego o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

Miejscowość i data

Czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania firmy

## DANE AGENTA

IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA

ADRES

KOD AGENTA  TELEFON KONTAKTOWY

ADRES E-MAIL

## OŚWIADCZENIA AGENTA

Oświadczam, że przedstawiona propozycja ubezpieczenia została przygotowana na podstawie informacji uzyskanych podczas przeprowadzonej analizy potrzeb.

Czytelny podpis i pieczęć agenta

