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 D D M M R R R R

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 odprawy 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 D D M M R R R R

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 D D M M R R R R

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

ZAŁĄCZNIKI

UWAGA! Każdy załącznik należy podstemplować pieczątką 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 cywilno-prawną)/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 poszczególnych osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia w Unum, 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.

Spełniając obowiązek z art. 4c ustawy o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych z dnia 8.03.2013 r. (Dz.U. z 2013 r., poz. 402 z późn. zm.), Unum niniejszym oświadcza, iż posiada status dużego przedsiębiorcy.

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 uprawnienia do objęcia ochrona 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