



WNIOSEK PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA (PAKIET)

PROSIMY O WPISYWANIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Ubezpieczający (Pracodawca)

Właściciel
 Pracownik
 Małżonek
 Data zawarcia związku małżeńskiego
 Partner Życiowy
 Pełnoletnie Dziecko

Imię Nazwisko

Data urodzenia
 PESEL

ADRES DO KORESPONDENCJI

Miejscowość Kod pocztowy

Ulica Nr domu Nr mieszkania

E-mail Telefon

DANE PRACOWNIKA ZGŁASZAJĄCEGO DO UBEZPIECZENIA MAŁŻONKA / PARTNERA ŻYCIOWEGO LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO

Imię i nazwisko PESEL

DANE UPOSAŻONYCH (w przypadku niewskazania Uposażonych, Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje zgodnie z Ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie (zwanymi dalej „OWU”). Na wypadek mojej śmierci wskazuję następujących Uposażonych:

Imię i nazwisko	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 serię i nr karty pobytu

W przypadku zmiany ww. danych, w tym adresu, nazwiska lub Uposażonego, prosimy o przekazanie takiej informacji do Unum Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna, zwane dalej „Unum” (dawniej: „Pramerica Życie TUIR SA”).

WYBÓR WARIANTU UBEZPIECZENIA

Wybieram Wariant Składka zł

Data wypełnienia Wniosku
 Czytelny podpis Ubezpieczonego

DANE PARTNERA ŻYCIOWEGO (ZGODNIE Z WARUNKAMI UMOWY UBEZPIECZENIA)

Imię Nazwisko

Data urodzenia
 Miejsce urodzenia

PESEL

W przypadku, gdy Partner Życiowy jest cudzoziemcem, należy podać jego:

obywatelstwo nr paszportu lub serię i nr karty pobytu

OŚWIADCZENIA PARTNERA ŻYCIOWEGO

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Unum moich danych osobowych w celach ich weryfikacji na etapie wypłaty świadczenia w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia zawartej na rzecz Ubezpieczonego.
- Oświadczam, iż otrzymałam/otrzymałam i zapoznałam/zapoznałem się z przekazanymi mi informacjami dotyczącymi przetwarzania przez Unum danych osobowych.

Data podpisania Oświadczenia
 Czytelny podpis Partnera Życiowego

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte we Wniosku przystąpienia do ubezpieczenia (zwanym dalej „Wnioskiem”) są prawdziwe i prawidłowo zapisane.
- Oświadczam, że otrzymałem/ otrzymałam przed podpisaniem niniejszego Wniosku treść warunków Umowy ubezpieczenia, w tym OWU oraz Warunki umów dodatkowych i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach w nich określonych, jak również na ustaloną wysokość Sum ubezpieczenia.
- Podanie wymienionych powyżej danych jest obligatoryjne i następuje w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Unum danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową zawarte są w dokumencie "Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową". Oświadczam, iż otrzymałem/ otrzymałam i zapoznałem/ zapoznałam się z tym dokumentem.
- Upoważniam Ubezpieczającego do potrącania z mojego wynagrodzenia kwoty niezbędnej do pokrycia kosztów Składki i przekazywania jej do Unum (jeśli tak przewiduje Umowa ubezpieczenia) oraz do udzielenia Unum wszelkich informacji niezbędnych do wykonywania Umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam Unum do wysyłania korespondencji adresowanej do mnie na adres Ubezpieczającego, a Ubezpieczającego upoważniam do odbioru w moim imieniu ww. korespondencji.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie (w tym profilowanie) przez Unum danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia w celu zawarcia Umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonania tej Umowy ubezpieczenia. 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, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonania tej Umowy ubezpieczenia.
- 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 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 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.
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia „Assistance Medyczny”, udostępniono mi Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny” (dalej jako „OWU Assistance”) oraz Politykę Prywatności AWP i wyrażam wolę objęcia mnie – w ramach Umowy ubezpieczenia – grupowym ubezpieczeniem „Assistance Medyczny”, w której ubezpieczycielem jest AWP P&C S.A. Oddział w Polsce (dalej jako „AWP”), z siedzibą w Warszawie.
- W związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia „Assistance Medyczny” wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych przez Unum do AWP. AWP jest odrębnym od Unum administratorem moich danych osobowych, a przetwarzane one będą w celach związanych z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia „Assistance Medyczny”.
- Oświadczam, że przekazałam/przekazałem mojemu Partnerowi (o ile dotyczy) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Unum zamieszczone w dokumencie "Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową".

UWAGA! OŚWIADCZENIE DOBRĘGO STANU ZDROWIA (w przypadku, gdy którekolwiek z poniższych oświadczeń jest niezgodne z prawdą prosimy o jego wykreślenie).

Zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem oświadczam, że nie miałem/(-am) dolegliwości ani nie byłem/(-am) leczony/(-a) z powodu następujących schorzeń: wady serca, choroby niedokrwiennej serca, choroby wieńcowej, zawału serca, udaru mózgu, wylewu krwi do mózgu, cukrzycy, choroby nowotworowej, przewlekłych chorób wątroby, przewlekłych chorób nerek, choroby psychicznej, a także w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przebywałem/(-am) na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub nieszczęśliwego wypadku) dłuższym niż 21 dni oraz w ciągu ostatnich 5 lat nie otrzymywałem/(-am) renty z tytułu niezdolności do pracy lub zasiłku rehabilitacyjnego trwającego dłużej niż 6 miesięcy.

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszego Wniosku 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 orzeczone w stosunku do mnie niezdolności do pracy.

W przypadku przebywania na zwolnieniu lekarskim, prosimy o podanie przyczyny tego zwolnienia.....

Data podpisania Oświadczeń

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

Czytelny podpis Ubezpiezonego

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

- * 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 Składki.
- * 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.

Data podpisania Oświadczeń

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

Czytelny podpis Ubezpiezonego

WYPEŁNIA UBEZPIEZAJĄCY

Data zatrudnienia Pracownika

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

Rodzaj umowy:

umowa o pracę

umowa cywilnoprawna

Data nabycia uprawnienia do Umowy ubezpieczenia (zgodne z warunkami Umowy ubezpieczenia)

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

Wnioskowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową

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

Unum zastrzega sobie prawo do potwierdzenia wysokości Sumy ubezpieczenia oraz daty objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia.

W przypadku konieczności weryfikacji medycznej osoby zgłoszonej do ubezpieczenia, objęcie ochroną ubezpieczeniową nastąpi po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej zgodnie z wymaganiami Unum.

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego

