

# 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

	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Pokrewieństwo	Procent świadczenia
Główny (łącznie 100% Świadczenia)	<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"/>
Zastępczy (łącznie 100% Świadczenia)	<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 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:

1. \* 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.

2. \* 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](http://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

Czytelny podpis Ubezpieczonego

