

WNIOSEK O PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE OCHRONA PREMIUM



PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH WE WNIOSKU DRUKOWANYMI LITERAMI. WSZELKIE DOKONYWANE POPRAWKI POWINNY BYĆ POTWIERDZONE PODPISEM

NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO

S t o w a r z y s z e n i e d l a z d r o w i a i ż y c i a

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia (jeżeli nie posiadasz numeru PESEL)

TWÓJ ADRES DO KORESPONDENCJI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miejscowość	Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mail	Telefon komórkowy	

DANE TWOJEGO PARTNERA, jeżeli nie pozostajesz w związku małżeńskim, a zakres Twojego ubezpieczenia obejmuje życie i zdrowie Partnera

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PESEL	Data urodzenia (jeżeli Partner nie posiada numeru PESEL)

ZAKRES UBEZPIECZENIA I SKŁADKA MIESIĘCZNA

Pakiet podstawowy zł, zł Pakiety dodatkowe zł

W ramach każdego z poniższych Pakietów dodatkowych możesz wybrać wyłącznie jeden Wariant (jedną wysokość składki).

Nazwa Pakietu dodatkowego	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III	WARIANT IV
U CHRONI ZDROWIE	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI ONKOLOGICZNIE	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI SERCE	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI DZIECKO	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U CHRONI AKTYWNYCH	10 zł <input type="checkbox"/>	15 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	25 zł <input type="checkbox"/>
U WSPIERA ZDROWE NAWYKI	6 zł <input type="checkbox"/>	13 zł <input type="checkbox"/>		
U WSPIERA ŻYCIE W ZDROWIU	14 zł <input type="checkbox"/>	20 zł <input type="checkbox"/>	30 zł <input type="checkbox"/>	37 zł <input type="checkbox"/>

Łączna składka za Pakiet podstawowy i Pakiety dodatkowe: zł

DANE UPOSAŻONYCH

Uposażeni, których wskażesz poniżej będą uprawnieni do otrzymania świadczenia w przypadku Twojej śmierci.

Na wypadek śmierci – z tytułu Umowy podstawowej lub z tytułu Umów dodatkowych, w ramach których ochroną ubezpieczeniową objęte jest życie Ubezpieczonego – wskazując następujących Uposażonych jako osoby uprawnione do otrzymania całości świadczenia lub (w przypadku Ubezpieczonego będącego Pracownikiem – jeżeli dotyczy) części świadczenia, jaka pozostanie do wypłaty po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do otrzymania odprawy pośmiertnej, w kwocie nie wyższej niż wskazana w art. 93 Kodeksu Pracy, w związku ze śmiercią Ubezpieczonego będącego jednocześnie Pracownikiem.

Uposażony Główny		Procent Świadczenia (łącznie 100%)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Data urodzenia	

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Jeżeli zataisz informacje lub podasz informacje nieprawdziwe, możemy uchylić się od wypłaty świadczenia.

OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO UMOWY UBEZPIECZENIA

- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową lub zgody na finansowanie kosztu składki, otrzymałam/otrzymałem i zapoznałam/zapoznałem się z:
 - treścią warunków Umowy ubezpieczenia, w tym z treścią „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie Ochrona Premium”, na podstawie których zawarto Umowę ubezpieczenia, dalej „OWU Ochrona Premium” oraz z wysokością Sum ubezpieczenia;
 - „Dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym”;
 - dokumentem „Dane osobowe w Unum”.
- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia, w tym w OWU Ochrona Premium, jak również na ustaloną wysokość Sum ubezpieczenia.
- Upoważniam Ubezpieczającego do przekazywania Składki do Unum Życie TUiR S.A., dalej „Unum”, (jeśli tak przewiduje Umowa ubezpieczenia) oraz do udzielenia Unum wszelkich informacji niezbędnych do wykonywania Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przekazałam/przekazałem mojemu Partnerowi (o ile dotyczy) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Unum zamieszczone w dokumencie „Dane osobowe w Unum” oraz oświadczam, że w związku z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia zawartej na rzecz Ubezpieczonego zostałam/zostałem umocowana/umocowany przez Partnera do wyrażenia zgody w jego imieniu na przetwarzanie jego danych osobowych przez Unum w celu ich weryfikacji na etapie wypłaty świadczenia.
- 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.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA TRWAŁY NOŚNIK I KOMUNIKACJĘ ELEKTRONICZNĄ

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Unum za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym na wskazany adres e-mail) korespondencji dotyczącej Umowy ubezpieczenia na życie przed jej zawarciem, jak i po jej zawarciu, a także do przekazywania na trwałym nośniku informacji, które zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa zakład ubezpieczeń zobowiązany jest przekazywać na piśmie.

TAK NIE

UPOWAŻNIENIE DLA UBEZPIECZAJĄCEGO*

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażenia w moim imieniu wymaganej zgody na dokonywanie zmian Umowy ubezpieczenia, w szczególności dotyczących zakresu ubezpieczenia, wysokości Sum ubezpieczenia i składki*.

* Niniejsze upoważnienie może zostać odwołane w każdym czasie.

UPOWAŻNIENIE DLA UNUM ORAZ PONIŻEJ WSKAZANYCH PODMIOTÓW

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 moją rzecz, informacji – w tym kopii dokumentacji medycznej – o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej na moją rzecz Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych;
- na wniosek Unum – od Narodowego Funduszu Zdrowia danych (nazw i adresów) świadczeniodawców, którzy udzielali świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub ze zdarzeniem losowym, w związku z weryfikacją danych dotyczących stanu zdrowia dla celów ustalenia prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.

Jeśli Twoje ubezpieczenie obejmuje świadczenia medyczne lub opiekuńcze realizowane przez Centrum Operacyjne, powyższe upoważnienie dotyczy również AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie. Dodatkowo, jeżeli Twoje ubezpieczenie będzie podlegało reasekuracji, powyższe upoważnienie obejmuje również zgodę na uzyskiwanie ww. informacji przez reasekuratora.

ZGODA NA KOMUNIKACJĘ MARKETINGOWĄ (DOBROWOLNA)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie (w tym profilowanie) przez Unum moich danych osobowych w celach marketingowych, tj. na otrzymywanie od Unum spersonalizowanych ofert produktów i usług ubezpieczeniowych oraz innych finansowych produktów i usług za pośrednictwem jednego lub kilku poniższych kanałów komunikacji:

* wyrażam zgodę – poczta elektroniczna (e-mail) * wyrażam zgodę – telekomunikacyjne urządzenia końcowe (telefon)

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pola. Niedokonanie żadnego wyboru oznaczać będzie brak udzielenia zgody.

Czy w dniu podpisania niniejszego Wniosku:

- przebywasz na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 14-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny)?
- przebywasz w hospicjum, szpitalu lub innym zakładzie opiekuńczo-leczniczym?
- masz orzeczoną niezdolność do pracy lub też ubiegasz się o takie orzeczenie?
- otrzymujesz świadczenie rehabilitacyjne lub też ubiegasz się o takie świadczenie?

Jeżeli Twoja odpowiedź na chociaż jedno z powyższych pytań brzmi TAK, zaznacz TAK poniżej. Jeżeli odpowiedzi na wszystkie powyższe pytania brzmią NIE, nic nie zaznaczaj.

TAK

Oświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą wszystkie udzielone odpowiedzi i informacje oraz podane przeze mnie dane są prawdziwe. Jednocześnie potwierdzam złożenie wszystkich oświadczeń i udzielenie upoważnień zawartych w niniejszym Wniosku.

Data

Podpis Ubezpieczonego

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

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

Wnioskowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego

DODATKOWE OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

WAŻNE: W PRZYPADKU GDY KTÓREKOLWIEK Z PONIŻSZYCH OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA
JEST NIEZGODNE Z PRAWDĄ, NIE SKŁADAJ PODPISU POD TYM OŚWIADCZENIEM



Oświadczenie nr 1 - Wymagane zawsze

OŚWIADCZENIE O WYKONYWANYM ZAWODZIE

Oświadczam, że:

- 1) w dniu wypełniania niniejszego Wniosku o przystąpienie nie wykonuję pracy we wskazanym zawodzie: pirotechnik, korespondent wojenny, aktor cyrkowy, alpinista przemysłowy, marynarz, dżokej, górnik, kaskader, nurek, pilot, ratownik górski i wodny, rybak morski i śródlądowy, skoczek spadochronowy, sportowiec zawodowy oraz nie pełnię służby o charakterze mundurowym z wyłączeniem służb leśnych i konduktorów.

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie nr 2 - Wymagane zawsze

OŚWIADCZENIE O DOBRYM STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi chorobami: wadami serca, chorobą niedokrwinną serca (chorobą wieńcową), zawałem serca, udarem mózgu, cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciężowej), przewlekłymi chorobami: wątroby, trzustki lub nerek, zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami zachowania, chorobą nowotworową;
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1) powyżej;
- 3) w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przebywałam/przebywałem na zwolnieniu lekarskim dłuższym niż 30-dniowe (nie dotyczy zwolnień związanych z ciążą, porodem, złamaniami, skręceniami, zwichnięciami ani przeznaczonych na opiekę nad członkiem rodziny).

Podpis Ubezpieczonego

Oświadczenie nr 3, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy

(o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

U CHRONI ONKOLOGICZNIE

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu choroby nowotworowej.

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Chroni Onkologicznie.

Oświadczenie nr 4, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet/Wariant dodatkowy

(o ile Pakiet/Wariant ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

U CHRONI SERCE

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: wadami serca, wadami zastawek serca, chorobą niedokrwinną serca, chorobą wieńcową, miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, wylewem, otyłością, cukrzycą;
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1) powyżej.

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Chroni Serce.

Oświadczenie nr 5, wymagane, jeżeli wnioskujesz o poniższy Pakiet dodatkowy

(o ile Pakiet ten stanowi część Umowy grupowego ubezpieczenia na życie)

U WSPIERA ŻYCIE W ZDROWIU

Oświadczam, że:

- 1) w ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: cukrzycą, chorobą wieńcową, chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy, przewlekłą chorobą układu oddechowego, dną moczanową, celiakią, chorobą tarczycy (z wyłączeniem Hashimoto);
- 2) w ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/leczyłem się z powodu chorób wymienionych w pkt 1) powyżej.

Podpis Ubezpieczonego

Jeżeli nie podpisałaś/podpisałś powyższego oświadczenia, nie możemy objąć Cię ochroną w ramach Pakietu dodatkowego U Wspiera Życie w Zdrowiu.