

PROSIMY O WPISYWANIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

**DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO**

Ubezpieczający (Pracodawca)						
Właściciel <input type="checkbox"/>	Pracownik <input type="checkbox"/>	Małżonek <input type="checkbox"/>	Data zawarcia związku małżeńskiego	Partner Życiowy <input type="checkbox"/>	Pełnoletnie Dziecko <input type="checkbox"/>	
Imię		Nazwisko				
Data urodzenia	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	PESEL				<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"/>

**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
<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"/>

**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
<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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

W przypadku zmiany ww. danych, w tym adresu, nazwiska lub Uposażonego, prosimy o przekazanie takiej informacji do Pramerica Życie TUiR SA (zwanej dalej „Pramerica”).

**WYBÓR WARIANTU UBEZPIECZENIA**

Wybieram Wariant	Składka	zł
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data wypełnienia Wniosku	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	Czytelny podpis Ubezpieczonego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**DANE PARTNERA ŻYCIOWEGO (ZGODNIE Z WARUNKAMI UMOWY UBEZPIECZENIA)**

Imię	Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data urodzenia	Miejsce urodzenia
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	<input type="text"/>
PESEL	<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 Partner Życiowy jest cudzoziemcem, należy podać jego:

Obywatelstwo	nr paszportu	lub serię i nr karty pobytu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**OŚWIADCZENIA PARTNERA ŻYCIOWEGO**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Pramerica 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 Pramerica danych osobowych.

Data podpisania Oświadczenia	<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>	Czytelny podpis Partnera Życiowego
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**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 Pramerica danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Pramerica”. 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 Pramerica (jeśli tak przewiduje Umowa ubezpieczenia) oraz do udzielenia Pramerica wszelkich informacji niezbędnych do wykonywania Umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam Pramerica 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 Pramerica danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia w celu zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie, 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 Pramerica danych osobowych dotyczących stanu zdrowia niepełnoletniego w celu zawarcia Umowy ubezpieczenia na życie, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz wykonania tej Umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Pramerica 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 Pramerica – na wniosek lekarza upoważnionego przez Pramerica – 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 Pramerica (na jej 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 Pramerica do AWP. AWP jest odrębnym od Pramerica 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 Pramerica zamieszczone w dokumencie „Dane osobowe w Pramerica”.

**UWAGA! W przypadku, gdy którekolwiek z poniższych oświadczeń jest niezgodne z prawdą, prosimy o jego wykreślenie:**
**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 orzeczono 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 Ubezpieczonego

**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 Pramerica 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 Ubezpieczonego

**WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY**

Data zatrudnienia Pracownika

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

Rodzaj umowy

 umowa o pracę

 umowa cywilnoprawna

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

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

Wnioskowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia

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

Pramerica zastrzega sobie prawo do potwierdzenia wysokości Sumy ubezpieczenia oraz daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

W przypadku zgłoszenia do Umowy ubezpieczenia osoby, której Suma ubezpieczenia przewyższa ustalony poziom Granicznej sumy ubezpieczenia oraz w przypadku konieczności weryfikacji medycznej, objęcie ochroną ubezpieczeniową nastąpi po potwierdzeniu Zdolności ubezpieczeniowej, zgodnie z wymaganiami Pramerica.

Podpis i pieczęć Ubezpieczającego