

Sz. P. _____

PESEL:

Dziękujemy za wybór ubezpieczenia na życie UNUM.

PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ TREŚCIĄ PRZED WYDRUKOWANIEM DOKUMENTÓW**KOMPLET DOKUMENTÓW ZAWIERA:**

1. Deklarację członkowską **Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiaczy**,
2. Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia **UNUM**,
3. Deklarację wyboru WARIANTU, Analizę Potrzeb Klienta i wymagane oświadczenia,
4. Druk przelewu / wpłaty składek.

**ZŁOŻENIE CZYTELNYCH PODPISÓW:**

1. Podpisy (czytelne) należy złożyć w miejscach specjalnie oznaczonych.
2. Należy zwrócić uwagę na **oświadczenia i pytania**, które pojawiają się w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia **UNUM**, które są również specjalnie oznaczone i wymagają udzielenia odpowiedzi **TAK** albo **NIE**.

**WYDRUK JEDNOSTRONNY:**

1. Załączone dokumenty winny być **wydrukowane JEDNOSTRONNIE** i tylko w takiej formie są przyjmowane celem zgłoszenia do ubezpieczenia.
2. Przekazanie dokumentów nieuzupełnionych (we wszystkich wymaganych polach) bądź wydrukowanych dwustronnie może skutkować niezgłoszeniem do ubezpieczenia w deklarowanym w dokumentach terminie.

**WPŁATA WYBRANEJ SKŁADKI:**

1. Wybraną składkę za ubezpieczenie (razem ze składką członkowską Stowarzyszenia) należy wpłacić niezwłocznie, najlepiej w dniu wygenerowania się i wydrukowania niniejszego kompletu dokumentów.
2. Wpłata pierwszej składki powinna pojawić się na koncie Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiaczy nie później niż na 2 dni przed deklarowaną w dokumentach datą początku okresu ubezpieczenia.
Kolejne wpłaty dokonywane są już na Indywidualny Numer Konta, który zostanie podany po zarejestrowaniu dokumentów.

**DOSTARCZENIE DOKUMENTÓW:**

1. Komplet dokumentów w oryginale (wraz z potwierdzeniem płatności składki) powinien zostać dostarczony na wskazany adres Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiaczy co najmniej na 2 dni przed deklarowaną w dokumentach datą przystąpienia do ubezpieczenia.
2. **Dokumenty należy wysłać na poniższy adres:**
ZTL „GORZOWIACY” przy MCK,
ul. Drzymały 26,
66-400 Gorzów Wielkopolski,
lub przekazać **Polecającemu** wskazanemu powyżej
w terminie do 25 dnia miesiąca tj. przed rozpoczęciem ochrony od 1-go dnia następnego miesiąca (*np. do 25 lutego, jeśli ochrona ma się rozpocząć od 1 marca*).

**CERTYFIKAT:**

1. Indywidualne potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia zostanie przekazane w ciągu 45 dni od deklarowanej daty przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Certyfikat można również pobrać bezpośrednio ze strony www.unum.pl logując się za pomocą danych podanych w deklaracji przystąpienia.

Kolejne składki należy wpłacać „z góry” do 15-go dnia miesiąca.**Brak wpłaty powoduje wyrejestrowanie z ubezpieczenia!**Zespół: Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiaczy
oraz Dystrybutor ubezpieczenia: Gruplowe.pl*Przystępując do wydruku dokumentów sprawdź czy ustawienia Twojej drukarki są prawidłowe.**Jeżeli drukarka (przy podglądzie lub samym wydruku na papierze) ucina nagłówek lub stopkę dokumentów, problem może być związany z ustawieniami drukarki.**Możesz to sprawdzić klikając w "więcej ustawienia" w oknie wybranej drukarki i sprawdzeniu rodzaj papieru - prawidłowy*

Do poniższych zapisów mają zastosowanie OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZEŃ przekazane ubezpieczającemu w formie papierowej lub elektronicznej. Załączone tabele nie stanowią wiążących ofert w rozumieniu prawa i muszą być rozpatrywane wyłącznie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia przesłanymi klientowi, polisą ubezpieczeniową potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia i innymi dokumentami wskazanymi przez strony umowy.

| Wybierz swój WARIANT (składki miesięczne): | | WARIANT 1 | WARIANT 2 | WARIANT 3 | KARENCA |
|---|---|----------------|----------------|-----------------|---------|
| Dla zdrowych osób w wieku od 18 do 69 lat | | 30,00 zł | 47,00 zł | 75,00 zł | |
| 1 | Zdiagnozowanie Nowotworu Złośliwego - świadczenie zsumowane z pozycją nr 3 | 40 000 zł | 65 000 zł | 80 000 zł | BRAK |
| 2 | Nowotwór o granicznej złośliwości | 2 800 zł | 4 000 zł | 5 000 zł | BRAK |
| 3 | Poważne Zachorowanie - razem 45 chorób, w tym zawał serca i udar mózgu | 12 000 zł | 25 000 zł | 30 000 zł | BRAK |
| 4 | Leczenie specjalistyczne - ablacja, chemioterapia, radioterapia, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, terapia interferonowa - leczenie stwardnienia rozsianego albo przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C, dializoterapia, leczenie przeciwwirusowe - leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub typu C | 1 500 zł | 3 100 zł | 3 500 zł | BRAK |
| 5 | Niezdolność do pracy spowodowana NW lub Chorobą | 14 000 zł | 25 000 zł | 70 000 zł | BRAK |
| 6 | Śmierć Ubezpieczonego | 25 000 zł | 50 000 zł | 150 000 zł | BRAK |
| 7 | Śmierć Ubezpieczonego - Zawał Serca/Udar Mózgu | 35 000 zł | 80 000 zł | 200 000 zł | BRAK |
| 8 | Śmierć Ubezpieczonego - Nieszczęśliwy Wypadek | 25 000 zł | 50 000 zł | 150 000 zł | BRAK |
| Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego (minimum 1 dzień - tzn. zmiana daty - maksymalnie 180 dni w każdym roku) | | | | | |
| 9 | Pobyt wskutek Wypadku Komunikacyjnego w pracy (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu) | 160 zł / 40 zł | 240 zł / 60 zł | 400 zł / 100 zł | BRAK |
| 10 | Pobyt wskutek Wypadku Komunikacyjnego (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu) | 120 zł / 40 zł | 180 zł / 60 zł | 300 zł / 100 zł | BRAK |
| 11 | Pobyt wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w pracy (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu) | 120 zł / 40 zł | 180 zł / 60 zł | 300 zł / 100 zł | BRAK |
| 12 | Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu) | 80 zł / 40 zł | 120 zł / 60 zł | 200 zł / 100 zł | BRAK |
| 13 | Pobyt wskutek Choroby Nowotworowej (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu) | 60 zł / 40 zł | 90 zł / 60 zł | 150 zł / 100 zł | BRAK |
| 14 | Pobyt wskutek Zawału Serca / Udaru Mózgu (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu) | 50 zł / 40 zł | 75 zł / 60 zł | 125 zł / 100 zł | BRAK |
| 15 | Pobyt wskutek dowolnej, innej Choroby (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu) | 40 zł / 40 zł | 60 zł / 60 zł | 100 zł / 100 zł | BRAK |
| 16 | Pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (za każdy dzień od 1 do 5 dnia pobytu) | 80 zł | 120 zł | 200 zł | BRAK |
| 17 | Razem świadczenie za 5 dni Pobytu na OIOM | 400 zł | 600 zł | 1 000 zł | BRAK |
| 18 | <p>Powtórna Opinia Medyczna :</p> <p>Organizacja i pokrycie kosztów zagranicznej Konsultacji Medycznej związanej z nowotworem złośliwym:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej ✓ Tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski ✓ Przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę. ✓ Wydanie Powtórnej Opinii Medycznej przez Konsultanta ✓ Tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej wydanej przez Konsultanta ✓ Udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu | | | | BRAK |

| | | |
|----|--|------|
| 19 | <p>Wsparcie w przypadku Nowotworu Złośliwego ŚWIADCZENIA MEDYCZNE ✓ Konsultacje lekarskie (limit do 3000 zł) – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, onkolog, endokrynolog, hepatolog, nefrolog, dermatolog; ✓ Diagnostyka laboratoryjna (limit do 3000 zł) – w zakresie: mocznik – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorg., magnez, CRP ilość., HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21-1; ✓ Badania specjalistyczne (limit do 5000 zł) – w zakresie: biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym), RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa</p> <p>ŚWIADCZENIA ASSISTANCE ✓ transport na badania i zaplanowane operacje (limit do 2000 zł) – transport Ubezpieczonego do Placówki Medycznej w celu wykonania badań lub przeprowadzenia operacji, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie; ✓ domowa opieka pielęgniarska (limit do 1500 zł) – pomoc pielęgniarki (koszty dojazdu i wynagrodzenia) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie; ✓ dostosowania miejsca zamieszkania (limit do 2000 zł) - dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie: • oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki, • likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów; ✓ pomoc psychologa (limit do 2000 zł) – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego, Małżonka, Dzieci Ubezpieczonego</p> <p>ŚWIADCZENIE SANATORYJNE - związane leczeniem nowotworu złośliwego (limit do 3000 zł) Na podstawie (sporządzonego na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie) skierowania, organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitu odpowiedzialności kosztów pobytu w Sanatorium: ✓ zakwaterowania, ✓ wyżywienia, ✓ zaleconych zabiegów.</p> | BRAK |
|----|--|------|

| | | |
|----|--|------|
| 20 | <p>Assistance Medyczny - usługi w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku ✓ transport medyczny do Placówki Medycznej (limit do 2 000zł) ✓ transport medyczny z Placówki Medycznej (limit do 2 000zł) ✓ transport medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi (limit do 2 000zł) ✓ dostarczenie leków (limit do 400zł) ✓ pomoc medyczna zagranicą (limit do 300 Euro)</p> <p>Assistance wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub min. 3-dniowej Hospitalizacji wskutek Nagłego Zachorowania: ✓ Wizyta pielęgniarki (limit do 800 zł) ✓ Transport Sprzętu Rehabilitacyjnego (limit do 1 200 zł) ✓ Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego (limit do 1 200 zł) ✓ Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego (limit do 1 200 zł) ✓ Wizyta lekarza internisty (maksymalnie 2 zdarzenia w roku) (limit do 1 000 zł) ✓ Wizyta lekarza specjalisty (maksymalnie 2 zdarzenia w roku) (limit do 1 200 zł) ✓ Dostarczenie posiłków (limit do 500 zł) ✓ Transport Rodzica na wizytę kontrolną (limit do 800 zł) ✓ Osobisty asystent dla Rodzica (limit do 1 200 zł)</p> <p>Assistance wskutek co najmniej 3-dniowej Hospitalizacji wskutek Nieszcz. Wypadku lub Nagłego Zachorowania: ✓ Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi (przez maks. 6 dni - do 200 zł/dzień) (limit do 1 200 zł) ✓ Opieka nad Zwierzętami Domowymi (limit do 600 zł) ✓ Pomoc domowa (przez maks. 4 dni - do 200 zł /dzień) (limit do 800 zł) ✓ Pomoc domowa oraz pielęgniarska dla Rodzica (przez maks. 4 dni - do 200 zł /dzień) (limit do 800 zł)</p> <p>Pozostałe usługi Assistance ✓ Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi w razie nieszczęśliwego wypadku (przez maksymalnie 4 dni - do 200,00 zł/dzień) (limit do 800 zł) ✓ Pomoc psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej (limit do 1 000 zł) ✓ Wizyta położnej (limit do 700 zł) ✓ Infolinia medyczna TAK ✓ Infolinia baby assistance TAK</p> | BRAK |
|----|--|------|

| | | | |
|--|-----------------|-----------------|-----------------|
| Możliwość indywidualnej kontynuacji od 70 roku życia (inny zakres) | TAK | TAK | TAK |
| Składka za ubezpieczenie UNUM: | 26,56 zł | 43,03 zł | 71,96 zł |
| Składka członkowska do Stowarzyszenia: | 3,44 zł | 3,97 zł | 3,04 zł |
| Składka łączna (miesięczna): | 30,00 zł | 47,00 zł | 75,00 zł |

Zaznacz krzyżykiem "X" wybrany wariant 1, 2 lub 3 =>

Możliwość przystąpienia wyklucza występowanie następujących chorób:

wada serca, choroba niedokrwienności serca, choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca, przewlekła choroba wątroby, choroby trzustki, choroby nerek, zaburzenia psychiczne i zachowania, choroba nowotworowa (w tym białaczki).

Zakup możliwy niezależnie od innych posiadanych już ubezpieczeń.

Uwaga:

Ochrona rozpoczyna się po wypełnieniu dokumentów i wpłacie pierwszej składki od 1-go dnia następnego miesiąca.

Brak karencji w przypadku jednoczesnego przystąpienia do ubezpieczenia i do Stowarzyszenia (taka sama data).

Dokumenty należy dostarczyć w oryginale na wskazany adres lub osobiście przedstawicielowi Gruplowe.pl

Konieczne należy dołączyć kopię potwierdzenia wpłaty pierwszej składki! Twoja ochrona może trwać tak długo jak trwać będzie polisa zawarta pomiędzy Stowarzyszeniem Folklorystycznym ZTL Gorzowiacy a Zakładem Ubezpieczeń UNUM.

Kwoty zawierają: składkę ubezpieczenia UNUM i składkę członkowską Stowarzyszenia.

Zapisz się zanim zrobisz jakiegokolwiek medyczne badania kontrolne lub profilaktyczne (np. mammografia, USG, cytologia, kolonoskopia, EKG, test poziomu PSA, badania krwi itp.).

data: _____

<- TU PODPISZ

własnoręczny, czytelny podpis imieniem i nazwiskiem

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 „Dane osobowe w Unum”. 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 – w przypadku Ubezpieczonego będącego Pracownikiem) oraz do udzielenia Unum wszelkich informacji niezbędnych do wykonywania Umowy ubezpieczenia.
- Upoważniam Unum do wysyłania korespondencji dotyczącej Umowy ubezpieczenia adresowanej do mnie na adres Ubezpieczającego, a Ubezpieczającego upoważniam do odbioru w moim imieniu ww. korespondencji.
- 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 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 wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, 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 udostępniono mi Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Assistance Medyczny” (dalej jako „OWU Assistance”) oraz zasady ochrony Ubezpieczających i Ubezpieczonych (tzw. Polityka Prywatności AWP) i wyrażam wolę objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia „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 Umowy 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 Umowy ubezpieczenia „Assistance Medyczny”.
- Oświadczam, że przekazałem/ przekazałam mojemu Partnerowi Życiowemu (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 Życiowego do wyrażenia zgody w jego imieniu na przetwarzanie jego danych osobowych przez Unum w celu ich weryfikacji na etapie wypłaty Świadczenia.

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

Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że nie byłem/-am i nie jestem w trakcie diagnostyki oraz nie byłem/-am i nie jestem leczony/-a z powodu następujących schorzeń: wady serca, choroby niedokrwiennej serca, choroby wieńcowej, zawału serca, udaru mózgu, cukrzycy, przewlekłych chorób wątroby, trzustki, nerek, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, choroby nowotworowej (w tym także białaczki).

Oświadczam, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy (poprzedzających datę podpisania niniejszego oświadczenia) 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 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 | 2 | 0 | R | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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 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 | 2 | 0 | R | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

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 | 2 | 0 | R | R |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Wnioskowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | M | M | 2 | 0 | 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



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany(a) _____ PESEL: _____

tel. _____ email: _____

zamieszkały(a) _____

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY”. Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Stowarzyszenia i wypełniania jego postanowień.

 miejscowość / data

 podpis członka (pełnoletniego)
 lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej

Osoba rekomendująca: _____

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. W świetle przepisów prawa Stowarzyszenie Folklorystyczne Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY”, z siedzibą przy MCK ul. Drzymały 26, 66-400 Gorzów Wielkopolski, jest administratorem podanych przez Pana/Panią danych osobowych. Informacje i statut dostępne na www.gorzowiacy.jimdofree.com
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja przez Stowarzyszenie przysługujących Panu/Pani praw i obowiązków wynikających z faktu przystąpienia w charakterze członka do Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” i realizacja zawartych przez Pana/Panią umów jakie są dedykowane jego członkom poprzez:
 - a) umieszczenie w rejestrze członków - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b RODO, . Przysługuje Pani/Panu wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (w tym profilowanie na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu sprzeciwu zaprzestaniemy przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu. W szczególnych sytuacjach może Pani/Pan wnieść sprzeciw przeciwko przetwarzaniu danych podyktowanym naszym prawnie uzasadnionym interesem lub interesem publicznym. W takim przypadku przetwarzanie będzie mogło mieć miejsce, o ile wykażemy istnienie ważne prawnie i uzasadnione podstawy do przetwarzania nadrzędne wobec Pani/Pana praw i wolności lub podstawy prawne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
 - b) udostępnienie ich podmiotom, których usługi zostały przez Panią/Pana wybrane w celu realizacji tych usług - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
 - c) wykonywanie ciężących Stowarzyszenie Folklorystyczne Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” obowiązków prawnych jako podmiotu, który zawarł stosowne umowy w celu umożliwienia korzystania przez jego członków z wynegocjowanych ofert, w tym z ubezpieczeń i usług abonamentowych - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
 - d) obowiązków wynikających z przepisów prawa podatkowego - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
 - e) zapewnienia należytego poziomu obsługi, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. f RODO,
 - f) marketingu i rozwoju Stowarzyszenia F. ZTL Gorzowiacy poprzez budowanie lojalności jego członków - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
3. Pani/ Pana dane udostępniamy podmiotom przetwarzającym dane w naszym imieniu, uczestniczącym w wykonywaniu naszych czynności; podmiotom świadczącym usługi informatyczne, pomoc prawną, doradztwo ubezpieczeniowe, doradztwo podatkowe oraz podmiotom, które świadczą wybrane przez Panią/ Pana usługi.
4. Nie przekazujemy Pani/ Pana danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.
5. Przysługują Pani/Panu następujące prawa: **a)** dostęp do swoich danych osobowych oraz otrzymywanie ich kopii, **b)** sprostowania (poprawiania) swoich danych, **c)** usunięcia danych przetwarzanych bez podstawy prawnej, **d)** ograniczenia przetwarzania danych, **e)** przenoszenia danych, **f)** usunięcia danych.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez czas dłuższy z niżej podanych powodów: **a)** członkostwo w Stowarzyszeniu Folklorystycznym ZTL „GORZOWIACY”, **b)** czas do wygaśnięcia roszczeń z tytułu usług z jakich Pan/Pani korzysta lub korzystał/a, **c)** okresy wynikające z obowiązków podatkowych.
7. Przysługuje Pani/Panu wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (w tym profilowanie na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu sprzeciwu zaprzestaniemy przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu. W szczególnych sytuacjach może Pani/Pan wnieść sprzeciw przeciwko przetwarzaniu danych podyktowanym naszym prawnie uzasadnionym interesem lub interesem publicznym. W takim przypadku przetwarzanie będzie mogło mieć miejsce, o ile wykażemy istnienie ważne prawnie i uzasadnione podstawy do przetwarzania nadrzędne wobec Pani/Pana praw i wolności lub podstawy prawne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń
8. Realizując swoje prawa może Pani/Pan skierować do nas korespondencję na adres siedziby.
9. Jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa może Pani/Pan wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podejmujemy zautomatyzowaną decyzję o przetwarzaniu danych osobowych w przypadku osób, które przekroczyły wiek wynikający z ogólnych warunków ubezpieczenia nie pozwalający na zawarcie wybranego przez nich wariantu ubezpieczenia.
11. Podanie danych jest niezbędne do przystąpienia do Stowarzyszenia Folklorystyczne ZTL „GORZOWIACY” w charakterze członka i skorzystania z szerokiego wachlarza usług kierowanego do jego członków. **Nie podanie danych nie pozwoli na przystąpienie** do Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” i zawarcie umów z zakresie wybranych przez Panią/Pana usług.

ZŁÓŻ PODPIS -->> AKCEPTUJĘ powyższe oświadczenia: _____ **ZŁÓŻ CZYTELNY PODPIS** 

NABYCIE CZŁONKOWSTWA (wypełniają władze Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL „GORZOWIACY”)

Na podstawie Statutu Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” Zarząd Stowarzyszenia stwierdza, że w/w został(a) przyjęty(a) w poczet członków wspierających Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” z dniem: _____ **ID członka:** _____

Zarząd Stowarzyszenia: _____

ANALIZA POTRZEB KLIENTA

przeprowadzona przez SPECJALISTĘ Gruplowe.pl w celu zbadania oczekiwań i wymagań klienta oraz wyboru odpowiedniego produktu ONKO lub chorobowego:

- Wiek klienta (w latach):** do 40 41 – 55 55 - 65 powyżej 65
- Sytuacja rodzinna:** Moje gospodarstwo domowe składa się z (proszę zaznaczyć wszystkie możliwe odpowiedzi):
 ze mnie małżonka lub partnera dzieci rodziców/teściów
- Czy jesteś zainteresowany ubezpieczeniem:**
 ochronnym (od utraty życia) ochronnym z pakietu onkologicznego (od utraty zdrowia)
- Jakie elementy ubezpieczenia są dla Ciebie ważne** (możesz wybrać kilka z nich):
 zabezpieczenie rodziny w razie mojej śmierci (dowolna przyczyna śmierci)
 ochrona mojego zdrowia poprzez świadczenia związane z chorobą nowotworową lub inną poważną chorobą (np. pobyt w szpitalu, wystąpienie choroby nowotworowej lub innej poważnej choroby)
 bezpieczeństwo członków najbliższej rodziny (mojego małżonka, partnera, dzieci, rodziców) w momencie wystąpienia u mnie poważnego zachorowania
- Jaki zakres miesięcznej składki możesz zaakceptować:**
 poniżej 40zł pomiędzy 40zł a 60zł pomiędzy 60zł a 100zł

Potwierdzam udostępnienie mi informacji o agencji ubezpieczeniowym (pełnomocnictwo, współpracujące zakłady ubezpieczeń, nazwa agenta oraz numer wpisu, charakter otrzymywanego wynagrodzenia) oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Potwierdzam otrzymanie klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych w związku z przeprowadzoną analizą wymagań i potrzeb.

Potwierdzam otrzymanie w zrozumiałej formie obiektywnych (jasnych, rzetelnych i niewprowadzających w błąd) informacji o produkcie ubezpieczeniowym i jego możliwościach (w tym warunków ubezpieczenia oraz karty produktu/dokumentu zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym), umożliwiających podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS KLIENTA

.....
PODPIS SPECJALISTY

.....
DATA URODZENIA KLIENTA

UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO

NIP: 691-198-04-95, REGON: 690608771

59-335 SZKLARY GÓRNE, SZKLARY GÓRNE 123

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES

NR TELEFONU

ADRES EMAIL

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH



1. Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przetwarzane przez:

UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO, z siedzibą w 59-335 Szklary Górne, Szklary Górne 123 w celach marketingowych związanych z profilowaniem w celu określenia preferencji lub wymagań i potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, w tym z przedstawieniem dopasowanej do moich potrzeb oferty oraz dalszej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia.



2. Wyrażam zgodę na kontakt i otrzymywanie od:

UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO z siedzibą w 59-335 Szklary Górne, Szklary Górne 123, informacji handlowej drogą elektroniczną, przy wykorzystaniu podanego adresu email lub wiadomości MMS/SMS na podany numer telefonu, w oparciu o art. 10 Ustawy z 18 lipca 2002r., o świadczeniu usług drogą elektroniczną.



3. Wyrażam zgodę na używanie:

telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego, w tym serwisu zawartych umów ubezpieczenia, przez **UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO** z siedzibą w 59-335 Szklary Górne, Szklary Górne 123 przy wykorzystaniu podanego numeru telefonu lub adresu email, w oparciu o art. 172 Ustawy z dnia 16 lipca 2004r., Prawo telekomunikacyjne.

Oświadczam, że niniejsza zgoda jest dobrowolna i posiadam wiedzę, że może być w każdym momencie odwołana poprzez oświadczenie pisemne lub e-mailowe. Przyjmuję do wiadomości oświadczenie dotyczące prawa do wglądu do swoich danych osobowych, ich przeglądania, poprawiania lub zgłoszenia co do dalszego ich przetwarzania w zakresie dotyczącym niniejszej zgody.

.....

Data i podpis Klienta



Pierwszą składkę za ubezpieczenie prosimy wpłacić niezwłocznie, najlepiej w dniu wydrukowania i wypełnienia niniejszego kompletu dokumentów. Wpłata na koncie Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL „GORZOWIACY” powinna pojawić się nie później niż 2 dni przed deklarowaną datą początku okresu ubezpieczenia.

Przykład:

zgłoszenie do ubezpieczenia od 1 lutego, zaksięgowanie składki do dnia 29.01. do godziny 16.00.

Polecenie przelewu / Wpłata gotówkowa

| | | |
|--|---|-----|
| nazwa odbiorcy | STOWARZYSZENIE FOLKLORYSTYCZNE ZTL GORZOWIACY | |
| nazwa odbiorcy od. | | |
| nr rachunku odbiorcy | 78160015051857064070000005 | |
| nr rachunku zleciiodawcy (polecenie przelewu) / kwota słownie (wpłata gotówkowa) | W X | PLN |
| kwota | | |
| nr rachunku zleciiodawcy (polecenie przelewu) / kwota słownie (wpłata gotówkowa) | | |
| nazwa zleciiodawcy | | |
| nazwa zleciiodawcy od. | | |
| tytułem | UBEZPIECZENIE UNUM - PIERWSZA SKŁADKA I SKŁADKA | |
| tytułem od. | CZŁONKOWSKA STOWARZYSZENIA | |
| pieczęć, data i podpis(y) zleciiodawcy | Oplata | |

przymiającej zlecenie

odcin

Tu wpisz swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania.



Terminy płatności KOLEJNYCH składek:

- zawsze **do 15 dnia miesiąca** poprzedzającego miesiąc ochrony np. do 15 lutego za miesiąc marzec itd..
- **Brak wpłaty składki będzie skutkować wyrejestrowaniem z ubezpieczenia i zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej!**