

WYPEŁNIA UBEZPIECZONY

Dane osoby przystępującej do ubezpieczenia

nazwisko			
pierwsze imię		drugie imię	
PESEL		data urodzenia	

Wyrażam zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia grupowego chorób i wypadków na podstawie przedstawionych przez TUV-CUPRUM ogólnych warunków ubezpieczenia i upoważniam pracodawcę do potrącania miesięcznych składek ubezpieczeniowych z wynagrodzenia za pracę, świadczeń ZUS i innych wypłat, począwszy od miesiąca _____

suma ubezpieczenia		składka	
---------------------------	--	----------------	--

W razie mojej śmierci upoważniam do odbioru świadczeń należnych z niniejszej umowy ubezpieczenia:

I.p.	imię i nazwisko osoby uprawnionej	data urodzenia	od dnia	% świadczenia	data i podpis ubezpieczonego	data i podpis ubezpieczającego
1.						
2.						
3.						

W razie powstania wypadku ubezpieczeniowego zwalniam lekarza prowadzącego (placówkę medyczną) z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie TUV-CUPRUM mojej dokumentacji medycznej. Zostałem/zostałam poinformowany/a o przetwarzaniu moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych „CUPRUM” z siedzibą w Lubinie, ul. M. Skłodowskiej-Curie 82, w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i realizacji świadczeń przysługujących z tytułu umowy. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych podmiotom upoważnionym przez przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Zastrzegam sobie prawo wglądu do moich danych oraz możliwość ich poprawiania. Oświadczam, że powyższe dane zostały podane dobrowolnie.

.....
data i czytelny podpis ubezpieczonego

WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

pracownik zatrudniony od		pierwsza składka potrącona/wpłacona dnia	
nr wykazu imiennego/pozycja			

.....
pieczętka zakładu pracy

.....
data i podpis przedstawiciela zakładu pracy

WYPEŁNIA TUV-CUPRUM

początek odpowiedzialności		ograniczenie odpowiedzialności do dnia	
-----------------------------------	--	---	--

.....
data i podpis przedstawiciela TUV-CUPRUM

ZMIANY W UBEZPIECZENIU

I.p.	suma ubezpieczenia	składka	początek odpowiedzialności	data i podpis ubezpieczonego	ograniczenie odpowiedzialności do dnia	potwierdzenie TUV-CUPRUM
1.						
2.						
3.						

INFORMACJA ZAKŁADU PRACY NA TEMAT PRZEBIEGU UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

Grupowe ubezpieczenie chorób i wypadków zostało zawarte z odpowiedzialnością od: _____

Ostatnia składka w wysokości _____ zł została potrącona dnia _____, za miesiąc _____

Umowa o pracę została rozwiązana dnia _____, z powodu _____

.....
pieczęć zakładu pracy

.....
data i podpis przedstawiciela zakładu pracy

WNIOSEK

O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNEGO CHOROÓB I WYPADKÓW

nazwisko		pierwsze imię		drugie imię	
imię ojca		data urodzenia		seria i nr dowodu	
PESEL		adres			

W razie mojej śmierci upoważniam do odbioru świadczeń należnych z niniejszej umowy ubezpieczenia:

L.p.	imię i nazwisko osoby uprawnionej	data urodzenia	% świadczenia
1.			
2.			
3.			

Na podstawie § 3 / § 4* ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnego chorób i wypadków wnoszę o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.

zakres ochrony	wysokość kwartalnej składki
ZAKRES PEŁNY (na podst. § 5 OWU)	osoby wymienione w § 3 OWU osoby wymienione w § 4 OWU
ZAKRES OGRANICZONY (na podst. § 6 ust. 1 OWU)	
ROZSZERZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ O RYZYKA DODATKOWE	
CHOROBA UBEZPIECZONEGO WYMAGAJĄCA LECZENIA SZPITALNEGO (na podst. § 6 ust. 2 pkt 1 OWU)	
POBYT W SZPITALU ZWIĄZANY Z URODZENIEM DZIECKA (na podst. § 6 ust. 2 pkt 2 OWU)	

suma ubezpieczenia		składka kwartalna OGÓŁEM	
---------------------------	--	---------------------------------	--

W razie powstania wypadku ubezpieczeniowego zwalnim lekarza prowadzącego (placówkę medyczną) z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyrażam zgodę na udostępnienie TUV-CUPRUM mojej dokumentacji medycznej.

.....
data i czytelny podpis ubezpieczonego

WYPEŁNIA TUV-CUPRUM

nr polisy ubezpieczenia indywidualnego		początek odpowiedzialności		ograniczenie odpowiedzialności do	
---	--	-----------------------------------	--	--	--

.....
data i podpis przedstawiciela TUV-CUPRUM

*niepotrzebne skreślić