



Wniosek o zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie

Nr polisy ubezpieczenia

Proponowany dzień rozpoczęcia ochrony

Wiążącą datą rozpoczęcia odpowiedzialności będzie data wskazana w polisie.

 Składka za ochronę będzie finansowana ze środków
 Ubezpieczającego
 Ubezpiezonego

 Częstotliwość opłacania składki
 miesięczna
 kwartalna
 półroczna
 roczna

Określenie Ubezpieczającego

Nazwa	<input type="text"/>		
NIP	<input type="text"/>	PKD	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		
Nr domu	<input type="text"/>	Nr mieszkania	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>		
		Kod pocztowy	<input type="text"/>

Osoba uprawniona przez pracodawcę do obsługi kontraktu

Nazwisko i imię	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>		
Nr telefonu	<input type="text"/>		
		Wzór podpisu osoby upoważnionej	<input type="text"/>

 Oświadczam, że upoważniam w/w osobę do podpisywania wniosków o przystąpienie do ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczającego
 Tak
 Nie

Dane do umowy ubezpieczenia

Proszę uzupełnić wszystkie pola tabeli. W przypadku braku wartości, proszę wprowadzić „0”.

	umowa o pracę lub kontrakt menedżerski	umowa zlecenie lub o współpracy	inne
Liczba wszystkich pracowników zatrudnionych w oparciu o daną umowę	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liczba przystępujących (ilość osób przystępujących do ubezpieczenia w ramach poszczególnych grup pracowników)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam, że wszelkie informacje podane we wniosku oraz załącznikach są pełne, aktualne i prawdziwe. Jednocześnie oświadczam, że:

- otrzymałam(em) i zapoznałam(em) się z warunkami Umowy ubezpieczenia, w szczególności z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia, zakresem ochrony oraz wysokością sum ubezpieczenia. Znam i są wszelkie prawa i obowiązki z nich wynikające. Warunki Umowy ubezpieczenia (w tym Ogólne warunki ubezpieczenia, zakres ochrony i wysokości sum) zostały doręczone i przedstawione przystępującym do Umowy,
- załączone deklaracje przystąpienia do Ubezpieczenia zawierają dane pracowników uprawnionych do objęcia ich Ubezpieczeniem zgodnie z OWU i wskazanym w niniejszym wniosku kryterium kwalifikacji do ubezpieczenia.

Oświadczam, że podczas określania moich potrzeb i wymagań jako Ubezpieczającego, uwzględniono także potrzeby i wymagania Ubezpieczonych, na rzecz których zawierana jest niniejsza umowa.

 Tak
 Nie

Oświadczam, iż wybrałam trwały nośnik (e-mail), jako formę przekazania mi Dokumentu zawierającego informacje o umowie ubezpieczenia.

 Tak
 Nie

Wyrażam zgodę na otrzymywanie wiadomości elektronicznych od Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12. Przez wiadomości elektroniczne rozumiem się w szczególności e-mail, SMS/MMS, internetowy serwis Nationale-Nederlanden, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe zawierające informacje handlowo-marketingowe z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących.

 Tak
 Nie

Wyrażam zgodę na otrzymywanie połączeń głosowych od Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12. Przez połączenia głosowe rozumiem się w szczególności rozmowy telefoniczne, a także komunikaty głosowe IVR zawierające informacje handlowo-marketingowe z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących.

 Tak
 Nie

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. na podany adres e-mail za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej lub przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

 Tak
 Nie

Zgadzam się na ewentualne objęcie ochroną tymczasową osób przystępujących do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, które na dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej będą pozostawały jeszcze w trakcie oceny medycznej. Ochrona tymczasowa wiąże się z ograniczonym zakresem ubezpieczenia oraz zmniejszoną składką dla tych osób, do kolejnego okresu rozliczeniowego, następującego po zakończeniu oceny medycznej. Warunki ochrony tymczasowej opisane są w Umowie.

 Tak
 Nie

Ubezpieczający

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

 Wzór podpisu¹

Data

Udział %

Przedstawiciel

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data

Nr Przedstawiciela

Nr Oddziału

Data

¹ podpisu tego należy używać we wszystkich dokumentach kierowanych do Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.


Zakres ubezpieczenia

Umowa została zawarta na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia

OWU/ TRM / / /

W przypadku współfinansowania składki przez Pracodawcę i Pracownika, zaznacz na liście umowy finansowane przez Pracodawcę.

Zakres ubezpieczenia („NW” oznacza Niezależny Wypadek)	Podgrupa I		Podgrupa II	
	Suma Ubezpieczenia jako stała kwota w PLN	Suma ubezpieczenia dla współubezpieczonego w PLN	Suma Ubezpieczenia jako stała kwota w PLN	Suma ubezpieczenia dla współubezpieczonego w PLN
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego (umowa główna)				
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego wskutek NW				
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku komunikacyjnego				
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku przy pracy				
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu				
<input type="checkbox"/> Niezdolność Ubezpieczonego do pracy spowodowana NW				
<input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo spowodowane NW				
<input type="checkbox"/> Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane NW (miesięczne świadczenia)				
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW				
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany zawałem serca lub udarem mózgu				
<input type="checkbox"/> Niezdolność Ubezpieczonego do pracy				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant podstawowy				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant rozszerzony				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Ubezpieczonego – wariant pełny				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowania Ubezpieczonego na choroby zakaźne				
<input type="checkbox"/> Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu Ubezpieczonego				
<input type="checkbox"/> Operacja Ubezpieczonego spowodowana NW				
<input type="checkbox"/> Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub NW				
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu				
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek NW				
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek zawału serca lub udaru				
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Wypadku komunikacyjnego				
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Wypadku przy pracy				
<input type="checkbox"/> Rekonwalescencja Ubezpieczonego				
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w sanatorium				
<input type="checkbox"/> Ubezpieczenie lekowe Ubezpieczonego				
<input type="checkbox"/> Specjalistyczne leczenie Ubezpieczonego				
<input type="checkbox"/> Śmierć Małżonka				
<input type="checkbox"/> Śmierć Małżonka spowodowana NW				
<input type="checkbox"/> Śmierć Małżonka wskutek Wypadku komunikacyjnego				
<input type="checkbox"/> Trwały uszczerbek na zdrowiu Małżonka spowodowany NW				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Małżonka – wariant podstawowy				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Małżonka – wariant rozszerzony				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowania Małżonka – wariant pełny				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowania Małżonka na choroby zakaźne				
<input type="checkbox"/> Umowa dodatkowa na wypadek nowotworu Małżonka				
<input type="checkbox"/> Pobyt Małżonka w szpitalu				
<input type="checkbox"/> Pobyt Małżonka w szpitalu wskutek NW				
<input type="checkbox"/> Śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka				
<input type="checkbox"/> Śmierć Rodzica lub Rodzica Małżonka wskutek NW				
<input type="checkbox"/> Narodziny Dziecka				
<input type="checkbox"/> Narodziny martwego Dziecka				
<input type="checkbox"/> Śmierć Dziecka				
<input type="checkbox"/> Osierocenie Dziecka				
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Dziecka				
<input type="checkbox"/> Pobyt Dziecka w szpitalu				
<input type="checkbox"/> Pobyt Dziecka w szpitalu wskutek NW				
<input type="checkbox"/> Miesięczna wypłata na wypadek niezdolności do pracy – wariant 6 miesięcy				
<input type="checkbox"/> Miesięczna wypłata na wypadek niezdolności do pracy – wariant 12 miesięcy				
<input type="checkbox"/> Uszczerbek na zdrowiu Dziecka Ubezpieczonego wskutek NW				
<input type="checkbox"/> Operacja Ubezpieczonego spowodowana Chorobą lub NW – otwarty katalog				
Składka podstawowa w pierwszym roku polisowym w podgrupie za jednego ubezpieczonego w PLN				

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie dokumentów dotyczących płatności za polisę za pośrednictwem poczty e-mail na niżej podany adres. Proszę podać adres mailowy, na który ma być wysyłany dokument o ile jest inny od wskazanego przez osobę uprawnioną do obsługi kontraktu.

Akceptuję wysokości sum ubezpieczenia i składki
Ubezpieczający
Podpis

Data²

² Wniosek jest ważny przez 3 miesiące od daty jego podpisania.

