



OŚWIADCZENIE O DOBRYM STANIE ZDROWIA

Ubezpieczający (Pracodawca)

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO

Właściciel
 Pracownik
 Małżonek
 Partner Życiowy
 Pełnoletnie Dziecko

Imię Nazwisko

PESEL
 Data urodzenia* DDMMRRRR

*Dotyczy osób, które nie posiadają numeru PESEL

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.

UWAGA! W przypadku, gdy którekolwiek z wymienionych powyżej przypadków Pana/Pani dotyczy, prosimy nie podpisywać niniejszego Oświadczenia.

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania przez Unum danych osobowych zawarte są w dokumencie „Dane osobowe w Unum” znajdującym się na stronie internetowej: www.unum.pl.

- Oświadczam, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem, że wszystkie odpowiedzi i informacje zawarte w Oświadczeniu są prawdziwe i prawidłowo zapisane.
- 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 przekazywanie przez Unum danych osobowych dotyczących stanu mojego zdrowia zakładowi reasekuracji, w sytuacji, gdy jest to wymagane w związku z reasekuracją ryzyk ubezpieczeniowych.

Data podpisania Oświadczenia DDMMRRRR

Podpis Ubezpieczonego

