

WNIOSEK O ZAPIS GRUPOWY PRACOWNIKA/ ZMIANĘ STATUSU

Prosimy mieć na uwadze, że wypełnienie tego formularza nie gwarantuje objęcia ubezpieczeniem.

PROSIMY ZACHOWAĆ KOPIĘ DO WŁASNEJ DOKUMENTACJI.

WYŁĄCZNIE DO UŻYTKU DDIL/TRUASSURE

Data wejścia w życie _____ Lok. placówki _____
Kod ceny dentystycznej _____ ASC _____
Kod ceny okulistycznej _____ COB _____

WSZYSTKIE GRUPY MUSZĄ WYPEŁNIĆ TĘ CZĘŚĆ

Numer grupy _____ Sublok. nr _____ Zaszeregowanie pracownika _____
Data zatrudnienia _____ LUB data ponownego zatrudnienia _____ Zawód wykonywany pracownika _____
Kontakt w grupie: _____ Tel. _____ E-mail _____
Zarobki \$ _____ Proszę zakreślić jedno: Roczne Miesięczne Tygodniowe Godzinowe
Godziny przepracowane/tydzień: _____ Data skuteczna wniosku: _____

WSZYSCY ZAPISUJĄCY SIĘ MUSZĄ WYPEŁNIĆ TĘ CZĘŚĆ

Nowy pracownik Ponownie zatrudniony Pierwszy zapis Otwarte zapisy Zmiana w zapisie
 Zakończenie Wydarzenie kwalifikujące do zmiany statusu Proszę opisać: _____
Numer Social Security: _____ Data urodzenia: _____
Imię i nazwisko: _____ Imię _____ Nazwisko _____ Inicjał d. imienia M K
Adres: _____ Ulica _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____
Stan cywilny: Kawaler/panna Żonaty/zamężna Inne _____ Numer telefonu: _____

PROSZĘ WYMIENIĆ POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU CZŁONKÓW RODZINY, KWALIFIKUJĄCYCH SIĘ DO UBEZPIECZENIA

DODAJ	NA OKRES	IMIĘ	NAZWISKO (jeżeli inne)	DATA URODZENIA (M/D/R)	PŁEĆ M K	NUMER SOCIAL SECURITY
		2. Współmałżonek:				
		3. Dziecko:				
		4.				
		5.				
		6.				

Proszę zaznaczyć poniżej typ ubezpieczenia, o jakie się Pan/i ubiega. Jego dostępność zależna jest od wybranego planu ubezpieczenia danej grupy.

TYP:	UBIEGAM SIĘ O POLISĘ DLA:	ZRZEKAM SIĘ/REZYGNUJĘ W ODNIESIENIU DO:
UBEZPIECZENIE DENTYSTYCZNE USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ DELTA DENTAL OF ILLINOIS Czy ubiega się Pan/i o DeltaCare? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Współmałżonek <input type="checkbox"/> Dzieci Czy współmałżonek posiada plan dentystyczny? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Czy osoby pozostające na utrzymaniu są objęte planem? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Firma ubezpieczeniowa: _____ Jeżeli DeltaCare: Imię i nazwisko dentysty: _____ Kod placówki _____ Adres: _____	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Powyższe osoby pozostające na utrzymaniu

TYP:		UBIEGAM SIĘ O POLISĘ DLA:	ZRZEKAM SIĘ/REZYGNUJĘ W ODNIESIENIU DO:
UBEZPIECZENIE OKULISTYCZNE	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Współmałżonek <input type="checkbox"/> Dzieci	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Powyższe osoby pozostające na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Powyższe osoby pozostające na utrzymaniu
GRUPOWE TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE (łącznie z AD&D, jeżeli taką opcję wybrał pracodawca)	<input type="checkbox"/> Pracownik Jeżeli opłacane przez pracownika, \$ _____ lub _____ - krotne wynagrodzenie	<input type="checkbox"/> Pracownik	<input type="checkbox"/> Pracownik
OSOBA POZOSTAJĄCA NA UTRZYMANIU OBJĘTA PLANEM GRUPOWEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE	<input type="checkbox"/> Współmałżonek <input type="checkbox"/> Dzieci Jeżeli opłacane przez pracownika, \$ _____ dla współmałżonka	<input type="checkbox"/> Współmałżonek <input type="checkbox"/> Dzieci	<input type="checkbox"/> Współmałżonek <input type="checkbox"/> Dzieci
GRUPOWE DODATKOWE TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE (w tym dodatkowe AD&D, jeżeli taką opcję wybrał pracodawca)	<input type="checkbox"/> Pracownik \$ _____ <input type="checkbox"/> Współmałżonek \$ _____ <input type="checkbox"/> Dzieci Pracownik musi również ubiegać się o grupowe terminowe ubezpieczenie na życie i AD&D, aby kwalifikować się do grupowego dodatkowego ubezpieczenia na życie oraz AD&D. Pracownik musi ubiegać się o grupowe terminowe ubezpieczenie na życie, grupowe terminowe ubezpieczenie na życie na osoby pozostające na jego utrzymaniu i dodatkowe grupowe terminowe ubezpieczenie na życie, aby kwalifikować się do grupowego dodatkowego ubezpieczenia na życie na osoby na jego utrzymniu.	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Dzieci <input type="checkbox"/> Współmałżonek	<input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Dzieci <input type="checkbox"/> Współmałżonek
GRUPOWE KRÓTKOTERMINOWE UBEZPIECZENIE OD NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	<input type="checkbox"/> Pracownik Jeżeli opłacane przez pracownika, \$ _____ (Nie może przekroczyć 60% zarobków sprzed okresu niepełnosprawności) Czy jakkolwiek osoba wymieniona na tym wniosku jest w tej chwili niepełnosprawna lub nie może wykonywać normalnej pracy lub odpowiednich dla wieku czynności? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK Jeśli tak, proszę wpisać imię i nazwisko: stan, datę powstania niepełnosprawności oraz dołączyć imię i nazwisko oraz adres lekarza.	<input type="checkbox"/> Pracownik	<input type="checkbox"/> Pracownik

INFORMACJE O BENEFICJENTACH

INFORMACJE O BENEFICJENTACH

Proszę podać poniżej co najmniej jednego podstawowego lub warunkowych beneficjentów, w przypadku ubiegania się o Grupowe terminowe ubezpieczenie na życie, Ubezpieczenie od nagłej śmierci i kalectwa (AD&D), lub Krótkoterminowe ubezpieczenie od niepełnosprawności (świadczenia dla osób pozostałych przy życiu). Beneficjenci warunkowi kwalifikują się do świadczeń jedynie wtedy, jeżeli w chwili śmierci pracownika nie ma żadnych podstawowych beneficjentów. W razie potrzeby dołączyć dodatkowy arkusz papieru.

Pracownik jest podstawowym beneficjentem w odniesieniu do wszystkich polis ubezpieczeniowych na życie dla osób na jego utrzymaniu.

IMIĘ I NAZWISKO	POKREWIEŃSTWO	ADRES	PODSTAWOWY lub WARUNKOWY	ALOKACJA %	STOSUJE SIĘ DO:
					<input type="checkbox"/> Grupowe terminowe na życie <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> Dodatkowe na życie <input type="checkbox"/> Świadczenia STD dla osób pozostałych przy życiu
					<input type="checkbox"/> Grupowe terminowe na życie <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> Dodatkowe na życie <input type="checkbox"/> Świadczenia STD dla osób pozostałych przy życiu
					<input type="checkbox"/> Grupowe terminowe na życie <input type="checkbox"/> AD&D <input type="checkbox"/> Dodatkowe na życie <input type="checkbox"/> Świadczenia STD dla osób pozostałych przy życiu

PYTANIA ZDROWOTNE

PYTANIA ZDROWOTNE

Należy odpowiedzieć na pytania zdrowotne, jeżeli: (1) kwota, o jaką się Pan/i występuje, przekracza gwarantowaną kwotę polisy; lub (2) występuje Pan/i o polisę po upływie 30 dni od zakończenia okresu próbnego dla nowo zatrudnionych. W przypadku twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z pytań 1-4, należy podać szczegóły poniżej:

- | | Tak | Nie |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Czy w ciągu ostatnich dziesięciu (10) lat Pan/i lub ktokolwiek na Pana/i utrzymaniu był leczony na następujące schorzenia: choroby serca, wysokie ciśnienie, schorzenia kręgosłupa, udar, rak, guz, cukrzyca, choroby nerek lub wątroby, zespół nabytego braku odporności (AIDS), Zespół powiązany z AIDS (ARC), choroby układu oddechowego, lub jakiegokolwiek schorzenia umysłowe lub nerwowe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Czy w ciągu ostatnich siedmiu (7) lat Pan/i lub ktokolwiek na Pana/i utrzymaniu był leczony lub aresztowany, lub też otrzymał zalecenie terapii z powodu nadużywania alkoholu lub narkotyków? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Czy w ciągu ostatnich pięciu (5) lat Pan/i lub ktokolwiek na Pana/i utrzymaniu był leczony lub konsultowany przez lekarza, psychiatrę, psychologa lub inną osobę prowadzącą praktykę medyczną, lub też zażywał leków na receptę? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Czy Panu/i lub komukolwiek na Pana/i utrzymaniu kiedykolwiek odmówiono ubezpieczenia na życie/od niepełnosprawności, wyceniono je jako wysoki stopień ryzyka lub je ograniczono? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pracownik: Wzrost _____ Waga _____ Współmałżonek: Wzrost _____ Waga _____ | | |

PROSZĘ Podać SZCZEGÓŁY W PRZYPADKU WSZELKICH ODPOWIEDZI POZYTYWNYCH NA PYTANIA 1-4
(W RAZIE KONIECZNOŚCI UŻYĆ DODATKOWEGO ARKUSZA PAPIERU)

NR PYT.	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY LECZONEJ I INFORMACJE DOTYCZĄCE CHARAKTERU SCHORZENIA	POCZĄTEK OBJAWÓW	OSTATNIA WIZYTA W ZWIĄZKU Z TYM SCHORZENIEM	STOPIEŃ WYZDROWIENIA	ZASTOSOWANE LECZENIE	LEKARZ PROWADZĄCY: IMIĘ I NAZWISKO/ ADRES/TELEFON

Niniejszym wnoszę o wybrane powyżej ubezpieczenie w ramach grupowej polisy ubezpieczeniowej wydanej/ do wydania przez towarzystwo ubezpieczeniowe TruAssure („Ubezpieczyciel”). Upoważniam mojego pracodawcę do potrącania wszelkich należnych kwot z mojego wynagrodzenia w celu pokrycia składki ubezpieczenia. W razie mojej nieobecności w pracy z powodu wypadku lub choroby w czasie, w którym takie ubezpieczenie miałyby wejść w życie, ubezpieczenie nie wejdzie w życie do czasu mojego powrotu do pracy. Jeżeli osoba na moim utrzymaniu zostanie przyjęta do instytucji zamkniętej lub stanie się niepełnosprawna w dniu, w którym ubezpieczenie weszłoby w życie, ubezpieczenie nie wejdzie w życie do czasu ustania takich stanów w odniesieniu do takiej zależnej ode mnie osoby.

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DO WIADOMOŚCI: Zdaję sobie sprawę, iż: • złożone przeze mnie oświadczenia, wraz z wszelkimi dodatkowymi oświadczeniami, będą dla Ubezpieczyciela podstawą wydania ubezpieczenia; • żaden agent nie ma prawa odstąpienia od wymogu udzielenia odpowiedzi na jakiegokolwiek pytanie, przekazania ubezpieczenia, przygotowania lub modyfikacji jakiegokolwiek kontraktu lub zmiany jakichkolwiek praw lub wymogów Ubezpieczyciela; • ubezpieczenie nie wejdzie w życie do dnia wyznaczonego przez Ubezpieczyciela po jego uprzednim zatwierdzeniu wniosku; • wszelkie fałszywe oświadczenia mogą stać się podstawą zmniejszenia lub odmowy roszczenia, unieważnienia ubezpieczenia lub unieważnienia ubezpieczenia grupowego w okresie spornym, jeżeli takie fałszywe oświadczenia w sposób istotny wpływają na akceptację ryzyka przez Ubezpieczyciela; w tym do zatwierdzenia ubezpieczenia jakiegokolwiek osoby; • w przypadku zrezygnowania z jakiegoś ubezpieczenia, wszelkie przyszłe zmiany w polisie NIE będą automatyczne i będą podlegać zatwierdzeniu przez Ubezpieczyciela; • w przypadku mojej śmierci przed pisemnym zatwierdzeniem przez TruAssure ubezpieczenia, jedyne świadczenia będą ograniczone do mniejszej z dwóch kwot: maksymalna kwota należna bez dowodu ubezpieczenia lub maksymalna kwota, do jakiej jestem uprawniony/a zgodnie z ubezpieczeniem, do których byłam/am uprawniony/a.

Rozumiem, że Ubezpieczyciel nie jest odpowiedzialny za żadne informacje lub brak informacji ze strony agenta/pośrednika przed, w trakcie lub po okresie składania wniosków, dopóki nie zostaną one następnie potwierdzone w formie pisemnej przez upoważnionego przedstawiciela Ubezpieczyciela; dotyczy to również między innymi odpowiedzi udzielonych przez agenta/pośrednika w odpowiedzi na pytania zadawane przeze mnie, mojego współmałżonka/i lub osób pozostających na moim utrzymaniu. Co więcej, rozumiem, że Ubezpieczyciel nie jest odpowiedzialny za żadne stwierdzenie, oświadczenie lub inne informacje przekazane mojemu współmałżonkowi/ce oraz osobom pozostającym na moim utrzymaniu, które nie są zawarte w przekazanym im pisemnym dokumencie podpisanym przez upoważnionego przedstawiciela Ubezpieczyciela.

Niniejszym upoważniam licencjonowanego lekarza, osobę prowadzącą praktykę medyczną, usługodawcę, szpital, klinikę, placówkę świadczeń dla weteranów wojskowych USA lub inną medyczną i związaną z usługami medycznymi placówkę, towarzystwo ubezpieczeniowe lub reasekuracji, Medical Information Bureau, Inc. agencję oceny zdolności kredytowej lub inną organizację, instytucję lub osobę znającą informacje na mój temat lub na temat członków mojej rodziny, do przekazania Ubezpieczycielowi lub jego prawnym przedstawicielom, agentom reasekuracji, autoryzowanym agentom lub osobom desygnowanym wszelkich informacji na mój temat lub na temat członków mojej rodziny, którzy mają być objęci ubezpieczeniem, na temat diagnozy, leczenia i prognozy wszelkich schorzeń fizycznych i umysłowych, historii lub charakteru, ogólnej reputacji, cech charakteru i stylu życia, w tym między innymi wszelkich danych medycznych i zdrowotnych.

Rozumiem, że informacje uzyskane w wyniku takiego upoważnienia będą wykorzystane przez Ubezpieczyciela do stwierdzenia kwalifikacji do świadczeń z tytułu grupowej polisy mojego pracodawcy. Ponadto upoważniam Ubezpieczyciela, według jego uznania, do przekazania tych informacji mojemu pracodawcy lub jego przedstawicielom zgodnie z polisą/polisami Ubezpieczyciela, jak również informacji o kosztach poniesionych z tytułu każdej usługi świadczonej w ramach ubezpieczenia, świadczeń wypłaconych za usługi zdrowotne, datę takiej płatności, odbiorcę takiej płatności, jak również informacji o wszelkich roszczeniach, uprawnieniach i innych informacji, jakich sobie zażyczy pracodawca i jakie Ubezpieczyciel uzna za stosowne i konieczne. Rozumiem, że celem i powodem takiego ujawnienia jest przeprowadzenie przez daną osobę/osoby audytu roszczeń, oceny polisy i/lub przekazanie administracji roszczeń, jak również inne ważne powody biznesowe. Za wyjątkiem sytuacji opisanych powyżej, Ubezpieczyciel nie przekaże żadnych informacji żadnej osobie lub organizacji, za wyjątkiem towarzystw asekuracyjnych, Medical Information Bureau, Inc., osób lub organizacji prowadzących działalność lub świadczących usługi prawne w związku z wnioskiem lub roszczeniem, chyba że za moim dodatkowym upoważnieniem lub zgodnie z przepisami prawa. Rozumiem, że upoważnienie to ważne jest na okres dwóch i pół roku od daty podpisania wniosku.

Rozumiem, że mogę wystąpić o kopię tego upoważnienia; zgadzam się, aby fotokopia tego upoważnienia była ważna na równi z jego oryginałem.

Rozumiem i przyjmuję do wiadomości, że każda osoba, która mając intencję lub świadomość popełnienia oszustwa względem Ubezpieczyciela, składa wniosek lub roszczenie zawierające fałszywe informacje popełnia akt oszustwa, który jest czynem przestępczym. Rozumiem ponadto i przyjmuję do wiadomości, że w niektórych stanach każda osoba, która zataja istotne informacje na wniosku lub na roszczeniu, z zamiarem wprowadzenia w błąd Ubezpieczyciela lub innej osoby, popełnia akt oszustwa.

Czy ktokolwiek pomagał Panu/i w wypełnieniu tego formularza? Tak Nie

Jeśli tak, proszę wpisać imię i nazwisko: _____

Przeczytałem/am i rozumiem każde pytanie zawarte powyżej i potwierdzam, że podane odpowiedzi i oświadczenia są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem.

Podpis wnioskodawcy _____ Data _____

Podpis współmałżonka/i* _____ Data _____

* Wymagane tylko wtedy, gdy wymagana była odpowiedź na pytania o zdrowie współmałżonka.