



Wniosek o Zawarcie Umowy Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków

A	Informacje ogólne			
	Data wpływu do Oddziału:	Data wpływu do Centrali:	Oddział zawierający umowę:	Pieczęć Oddziału/Przedstawicielstwa/Agenta
	Pośrednik		REGON:	
	Numer aktualnej polisy	Numer poprzedniej polisy	Imię i nazwisko (nazwa) agenta/brokera	

Prosimy wybrać właściwe pole i zaznaczyć je znakiem Wniosek stanowi integralną część polisy nr _____

B	Dane Ubezpieczającego		Dane Ubezpieczonego – Osoba 1	
	Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
	Adres		Adres	
	NIP	REGON/PESEL	NIP/PESEL	
	Rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzaj amatorsko uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej		Rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzaj amatorsko uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej	
	Dane Ubezpieczonego – Osoba 2		Dane Ubezpieczonego – Osoba 3	
	Imię i nazwisko		Imię i nazwisko	
	Adres		Adres	
NIP/PESEL		NIP/PESEL		
Rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzaj amatorsko uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej		Rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzaj amatorsko uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej		
Dane Ubezpieczonego – Osoba 4		Dane Ubezpieczonego – Osoba 5		
Imię i nazwisko		Imię i nazwisko		
Adres		Adres		
NIP/PESEL		NIP/PESEL		
Rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzaj amatorsko uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej		Rodzaj wykonywanej pracy oraz rodzaj amatorsko uprawianej przez Ubezpieczonego dyscypliny sportowej		

C	Okres ubezpieczenia			
	Okres ubezpieczenia	Od (dd-mm-rrrr)	- -	Do (dd-mm-rrrr)

D	Dane o ubezpieczeniu	<input type="checkbox"/> nowe	<input type="checkbox"/> wznowione	<input type="checkbox"/> doubezpieczenie	seria i nr poprzedniej polisy	
	Ubezpieczenie:	<input type="checkbox"/> indywidualne	<input type="checkbox"/> rodzinne	<input type="checkbox"/> grupowe*	liczba ubezpieczonych osób	
	Załączona lista imienna:	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK			
	Zakres ochrony:	<input type="checkbox"/> pełny	<input type="checkbox"/> pracownicy			
Płatność składki:	<input type="checkbox"/> jednorazowo	<input type="checkbox"/> 2 raty	<input type="checkbox"/> 4 raty	Suma ubezpieczenia w zł (jednej osoby)		
Zwiększenie świadczenia z tytułu śmierci do 100% sumy ubezpieczenia		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE			

E	Warianty świadczeń podstawowych:			
	<input type="checkbox"/> Wariant I ograniczony	<input type="checkbox"/> Wariant II stały	<input type="checkbox"/> Wariant III proporcjonalny	<input type="checkbox"/> Wariant IV progresywny

F	Świadczenia dodatkowe:			
	Wnoszę o rozszerzenie umowy ubezpieczenia o następujące świadczenia dodatkowe:			
	L.p.	Rodzaje świadczeń/Wysokość sumy ubezpieczenia	Tak/Nie	Wybrana wysokość SU
	1.	Zasiłek dzienny z tytułu czasowej trwałej niezdolności do wykonywania pracy/nauki – (0,15 % SU, max. 30,00 zł)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	2.	Dzienne świadczenie szpitalne – (0,25 % SU, max. 50,00 zł)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3.	Zwrot kosztów leczenia – od 1.000,00 do 5.000,00 zł	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	Zwrot kosztów rehabilitacji – od 1.000,00 do 5.000,00 zł	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5.	Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej niezdolności do wykonywania pracy/nauki – od 1.000,00 do 8.000,00 zł	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

*obowiązek dołączenia listy osób ubezpieczonych

właściwe pole zaznaczyć zakreślając znakiem:

G

Informacje dodatkowe (tylko dla umów indywidualnych):

TAK NIE

1. **Przebyte choroby:** choroby serca, mózgu, nerek, wątroby, kręgosłupa, osteoporoza, choroby stawów, artretyzm, cukrzyca, epilepsja, choroba Alzheimera, Parkinsona, nowotwór, hemofilia lub inne. Jeżeli TAK, to jakie?
2. **Rodzaj i grupa inwalidztwa** Jeżeli TAK, to jakie? Grupa
3. **Szklą korygujące wzrok** Jeżeli TAK, to proszę podać wadę wzroku w dioptriach prawe oko: lewe oko:

H

1. Adresy placówek służby zdrowia, z których korzystają Ubezpieczeni oraz nazwiska lekarzy prowadzących:

2. Wnoszę o przyjęcie dodatkowych postanowień odbiegających od OWU NNW INTER Polska S.A.

3. Inne umowy ubezpieczenia zawarte z TU INTER Polska S.A.

4. Umowy ubezpieczenia NNW zawarte z innymi towarzystwami ubezpieczeniowymi.

I

Informacje uzupełniające

Dotychczasowy zakład ubezpieczeń			
Bezszkodowy przebieg ubezpieczenia w INTER Polska (liczba lat)			
Informacja o szkodowości za ostatnie trzy lata	Rodzaj zdarzenia	Rok	Kwota wypłaconych odszkodowań
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Opis największej szkody	<input type="text"/>	<input type="text"/>

J

Wskazanie osoby uprawnionej:

Dane osób uprawnionych do odbioru świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego

Lp.	Imię i nazwisko	Adres	PESEL lub data urodzenia				% świadczenia
			rok	miesiąc	dzień		
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

K

Oświadczenia.

Informacje Ubezpieczyciela

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., (Administradora danych) z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, w celu oceny ryzyka, obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia, w celu reasekuracji ryzyk oraz w celach analitycznych, w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług oraz innych prawnie usprawiedliwionych celach Administratora danych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia podane dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom współpracującym na podstawie umowy.

Oświadczenia Ubezpieczającego

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją zawartej umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz od innych podmiotów współpracujących na podstawie umowy w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków zatwierdzonych uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska nr 68/2015 z dnia 22 grudnia 2015 r., na podstawie których wnoszę o zawarcie umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że zapoznałem/am/em się z informacjami dotyczącymi umowy ubezpieczenia, w zakresie rodzajów ryzyk objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia.

Oświadczam, że podane przez mnie we wniosku ubezpieczeniowym dane są aktualne, prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zatajenia lub podania nieaktualnych lub nieprawdziwych danych odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

Oświadczenie ubezpieczającego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

Zwalniam lekarzy, lekarzy dentyistów oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, również w przypadku mojej śmierci oraz upoważniam je, aby udzieliły Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji dokumentów wniesionych w związku z realizacją świadczenia (podstawa prawna: art. 40 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r., o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464).

Wyrażam zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, wniesionych przez mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny.

Zgody Ubezpieczającego

** Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach analitycznych i marketingowych oraz na przetwarzanie przez Administratora danych oraz Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. TAK

** Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, przesyłanych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422) w celach marketingu własnego produktów i usług. TAK

** Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 16.07.2004 r. prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 243). TAK

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora danych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do w/w podmiotu.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczającego