



Wniosek o Indywidualną Kontynuację Grupowego Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy

wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

A Ubezpieczony PRACOWNIK MAŁŻONEK PARTNER DZIECKO

Imiona Data urodzenia

Nazwisko PESEL

Miejsce zameldowania
Miejscowość
Kod Poczta
Ulica Nr domu Nr lokalu
Zawód Telefon

Adres korespondencyjny (o ile inny niż zameldowania)
Miejscowość
Kod Poczta
Ulica Nr domu Nr lokalu
Adres e-mail

B Indywidualna kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie (wypełnia Ubezpieczający w przypadku wystąpienia z umowy grupowej)

Nazwa Ubezpieczającego

Okres zatrudnienia Ubezpieczonego od do

Okres objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego od do

Wysokość ostatniej składki od Ubezpieczonego PLN

Powód przejścia na indywidualną kontynuację:
 Rozwiązanie umowy o pracę Przejście na emeryturę Rozwiązanie umowy grupowego ubezpieczenia

Nr kontynuowanej polisy

pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ubezpieczającego

C Zakres ubezpieczenia i składka (wypełnia Ubezpieczony)

Proponowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

Wybrany Wariant (zgodnie z tabelą poniżej)
 Wariant 1 Wariant 2 Wariant 3 Wariant 4 Wariant 5 - Indywidualna kontynuacja na warunkach obowiązujących w ubezpieczeniu grupowym, zawierana na 1 rok (tylko dla osób, które nie przekroczyły wieku przystąpienia)
 W kolejnym roku ubezpieczenia (począwszy od 2 roku) wybieram:
 Wariant 1 Wariant 2 Wariant 3 Wariant 4

Płatność miesięczna kwartalna półroczna roczna

Składka z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia (zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania) PLN

Pierwszą składkę prosimy wpłacić na podany poniżej numer rachunku bankowego podając w opisie przelewu Imię, Nazwisko i PESEL Ubezpieczonego (dowód wpłaty należy dołączyć do niniejszego wniosku)
ING Bank Śląski 87 1050 0099 7309 0000 0601 3378
 Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa

Zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową	Suma ubezpieczenia (zł)			
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
Śmierć Ubezpieczonego	5 000 zł	8 000 zł	5 000 zł	8 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	5 000 zł	8 000 zł	5 000 zł	8 000 zł
Osierocenie Dziecka	2 000 zł	3 200 zł	2 000 zł	3 200 zł
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za 1% uszczerbku)	50 zł	80 zł	50 zł	80 zł
Urodzenie Dziecka	500 zł	800 zł	-	-
Urodzenie Martwego Dziecka	1 000 zł	1 600 zł	-	-
Śmierć Współmałżonka Ubezpieczonego	2 500 zł	4 000 zł	2 500 zł	4 000 zł
Śmierć Dziecka	1 500 zł	2 400 zł	1 500 zł	2 400 zł
Śmierć Rodzica i Teścia	500 zł	800 zł	500 zł	800 zł
Składka miesięczna (zł)	33 zł	52 zł	32 zł	51 zł
Składka kwartalna (zł)	99 zł	156 zł	96 zł	153 zł
Składka półroczna (zł)	198 zł	312 zł	192 zł	306 zł
Składka roczna (zł)	396 zł	624 zł	384 zł	612 zł

D

Uposażeni

Imiona	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia						% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień				
Razem								100%

E

Oświadczenia

Informacje Ubezpieczyciela

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., (Administratora 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. Ponadto Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych takich jak np. informacje o stanie zdrowia i nalogach, mogą być przetwarzane przez Towarzystwo w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, jak również prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych. Jednocześnie informujemy, że w celach związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia i w zakresie niezbędnym dla ich realizacji podane dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, w szczególności reasekuratorowi. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana dobrowolnej zgody Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych, zostaną udostępnione do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach marketingowych i analitycznych na potrzeby rozwoju produktów i usług własnych tego podmiotu.

Zgody i oświadczenia Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Przyjmuję do wiadomości, że podpisanie niniejszego wniosku nie zobowiązuje żadnej ze stron do zawarcia umowy ubezpieczenia.

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-ŻYCIE Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

TAK Wyrażam dobrowolnie zgodę na otrzymywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji związanych z zawarciem ze mną umowy ubezpieczenia i jej realizacją, przesyłanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie realizacji umowy ubezpieczenia.

W przypadku wyboru Wariantu 1, 2, 3 lub 4 oświadczam, że przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Razem Bezpieczniej zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 19/2017 z dnia 18.07.2017 roku na podstawie, których wnioskuje o zawarcie umowy.

W przypadku wyboru Wariantu 5 oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji na warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER GRUPA otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER GRUPA, Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń Grupowych oraz Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń Grupowych – Pakiet Ryzyk Medycznych zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 16/2011 z dnia 16.06.2011 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016r. treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Grupa Assistance/Assistance Plus zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 10/2013 z dnia 23.07.2013 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 15/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016r..

W przypadku wyboru Wariantu 5 oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji na warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Grupa Plus otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Grupa Plus oraz Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń Grupowych zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 9/2016 z dnia 17.03.2016 roku wraz z Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016r..

Oświadczam, że zapoznałam/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.

Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.).

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-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nalogów oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku ubezpieczeniowym (ocena ryzyka) i innych dokumentach oraz weryfikacji dokumentów wniesionych w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości (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 ze zm.).

Wyrażam również dobrowolnie zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), 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 w celu oceny ryzyka i realizacji świadczenia.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej dotyczącej mojego stanu zdrowia, zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 7 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. 2016, poz. 186 ze zm.), w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości w następstwie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 od Narodowego Funduszu Zdrowia, danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielali mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.).

Zgody Ubezpieczającego

TAK Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnianie moich danych osobowych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach analitycznych i marketingowych.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. * informacji handlowych poprzez urządzenia telekomunikacyjne, a w przypadku wyboru elektronicznej formy komunikacji (e-mail lub SMS/MMS) także z użyciem tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

wiadomości e-mail TAK NIE wiadomości SMS/MMS TAK NIE rozmowę telefoniczną TAK NIE

* Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od TU INTER Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie danych do tego podmiotu w celach marketingowych.

Miejscowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczonego

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego