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

Nr kontynuowanej polisy

Powód przejścia na indywidualą kontynuację:

☐ Rozwiązanie umowy o pracę ☐ Przejście na emeryturę ☐ Rozwiązanie umowy grupowego ubezpieczenia

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	6 000 zł	7 000 zł	8 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	5 000 zł	6 000 zł	7 000 zł	8 000 zł
Osierocenie Dziecka	2 000 zł	2 400 zł	2 800 zł	3 200 zł
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za 1% uszczerbku)	50 zł	60 zł	70 zł	80 zł
Urodzenie Dziecka	500 zł	600 zł	700 zł	800 zł
Urodzenie Martwego Dziecka	1 000 zł	1 200 zł	1 400 zł	1 600 zł
Śnierć Współmałżonka Ubezpieczonego	2 500 zł	3 000 zł	3 500 zł	4 000 zł
Śmierć Dziecka	1 500 zł	1 800 zł	2 100 zł	2 400 zł
Śmierć Rodzica i Teścia	500 zł	600 zł	700 zł	800 zł
Składka kwartalna (zł)	**99 zł**	**117 zł**	**138 zł**	**156 zł**
Składka półroczna (zł)	**198 zł**	**234 zł**	**276 zł**	**312 zł**
Składka roczna (zł)	**396 zł**	**468 zł**	**552 zł**	**624 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 nałogach, 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, prawdziwie 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 Ubezpieczenia Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Razem Bezpieczniej zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 26/2006 z dnia 29.09.2006 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015r., oraz Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016r., na podstawie, których wnioskuję 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 weryfikacją 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 dentystów 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, nałogów 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 dentysty (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	wiadomości SMS/MMS	rozmowę telefoniczną
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

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

Miejscowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczonego

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego