



Wniosek o Zawarcie Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

| | | | | | |
|-----------|-----------------------|-----------|----------------------|------------|----------------------|
| Pośrednik | <input type="text"/> | Nr | <input type="text"/> | Nr wniosku | <input type="text"/> |
| | imię i nazwisko/nazwa | | | | |
| Oddział | <input type="text"/> | Nr polisy | <input type="text"/> | | |

wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

A **Ubezpieczający** Kobieta Mężczyzna Firma

Imię (imiona) lub nazwa firmy

Nazwisko, dalsza część nazwy firmy

Data urodzenia PESEL NIP (wypełnia tylko firma)

dzień miesiąc rok

Obywatelstwo Seria i numer dowodu tożsamości Nr paszportu (w przypadku cudzoziemców)

Miejsce zameldowania lub siedziba firmy

Kod Miejscowość

Ulica Nr Nr lokalu

Telefon e-mail

Zawód wykonywany (stanowisko, specjalność, branża)

Adres korespondencyjny (wypełnić tylko w przypadku jeżeli adres inny niż zameldowania lub siedziby)

Kod Miejscowość

Ulica Nr Nr lokalu

B **Ubezpieczony** (wypełnić tylko gdy inny niż ubezpieczający) Kobieta Mężczyzna Firma

Imię (imiona)

Nazwisko

Data urodzenia PESEL

dzień miesiąc rok

Obywatelstwo Seria i numer dowodu tożsamości Nr paszportu (w przypadku cudzoziemców)

Miejsce zameldowania

Kod Miejscowość

Ulica Nr Nr lokalu

Telefon e-mail

Zawód wykonywany (stanowisko, specjalność, branża)

Adres korespondencyjny (wypełnić tylko w przypadku jeżeli adres inny niż zameldowania)

Kod Miejscowość

Ulica Nr Nr lokalu

| | |
|--|--|
| <p>8. Czy zażywa Pan/i leki? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> | <p>Jeżeli TAK, proszę podać jakie, jak często, jak długo, jaką dawkę i z jakiej przyczyny:</p> |
| <p>9. Czy w ostatnich 10 latach miał/a Pan/i wykonywane badanie takie jak: USG, EKG, RTG, urografia, angiografia, endoskopia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny itp. lub zamierza się poddać takim badaniom? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> | <p>Jeżeli TAK, proszę podać z jakiego powodu, z jakim wynikiem i kiedy:</p> |
| <p>10. Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/i dawcą krwi lub przyjmował/a transfuzję? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> | <p>Jeżeli TAK, proszę podać datę ostatniego pobrania lub datę transfuzji, przetaczania krwi lub środków krwiopochodnych (transfuzji):</p> |
| <p>11. Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 3 tygodnie? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> | <p>Jeżeli TAK, proszę podać przyczynę i liczbę dni zwolnienia:</p> |
| <p>12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i skierowany/a na konsultację lub leczenie związane z chorobą AIDS, nosicielstwem wirusa HIV lub chorobą weneryczną? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> | <p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p> |
| <p>13. Czy ma Pan/i wadę wzroku lub słuchu? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> | <p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p> |
| <p>14. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i chory na którąkolwiek z poniżej wymienionych chorób lub odczuwał/a inne dolegliwości związane z wymienionymi tu układami lub narządami?</p> <p>14.1. choroby krwi i układu krwionośnego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.2. guz, torbiel, choroba nowotworowa lub inna choroba złośliwa, np. białaczka TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.3. choroba wieńcowa, podwyższone ciśnienie tętnicze, (proszę podać najwyższe i najniższe wartości i daty pomiarów), zaburzenia rytmu serca, zawał serca, przerost mięśnia sercowego lub inne choroby układu krążenia TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.4. astma oskrzelowa, gruźlica, sarkoidoza, przewlekłe zapalenie oskrzeli lub inne choroby układu oddechowego (czy występują duszności, krwioplucie, chrypka lub kaszel) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.5. cukrzyca, hiperlipidemia, hipercholesterolemia, dna moczanowa, choroby tarczycy lub inne choroby wydzielania wewnętrznego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.6. niedokrwistość, białaczki, chłoniaki, ziarnica złośliwa, szpiczaki mnogie lub inne choroby krwi TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.7. niewydolność nerek, kamica nerkowa, zapalenie kłębków nerkowych, torbielowatość nerek, choroby dróg moczowych lub inne choroby układu moczowego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.8. porażenia, niedowłady, padaczka, utraty przytomności, stwardnienie rozsiane, bóle głowy lub inne choroby układu nerwowego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.9. choroba psychiczna, depresja nerwica, próby samobójcze w przeszłości TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.10. dolegliwości narządu ruchu lub kręgosłupa, choroba reumatyczna (jeśli tak, to czy wystąpiły powikłania ze strony serca), zwyrodnienia, zeszywnienia, zapalenia stawów, dyskopatia, rwa kulszowa lub inne choroby układu ruchu TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.11. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego lub narządów płciowych TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.12. choroby układu pokarmowego, nawracające stany biegunkowe, zaburzenia pracy jelit, zaparcia, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby trzustki, jelita cienkiego lub grubego, maskość wątroby lub inne choroby wątroby i dróg żółciowych TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.13. choroby uszu, oczu, nosa lub gardła TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.14. alergie, choroby skóry (jeśli tak, to jakiego rodzaju) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>15. Czy pił/a lub pije Pan/i alkoholu? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> | <p>Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z poniższych pytań brzmi TAK, proszę podać szczegóły, w tym: które z poniższych chorób zostały rozpoznane lub leczone, daty rozpoznania i leczenia, czas trwania i miejsce leczenia oraz ewentualnej rehabilitacji, dane lekarza prowadzącego</p> <p>Codziennie/prawie codziennie <input type="checkbox"/> Raz/dwa razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Raz/dwa razy w miesiącu <input type="checkbox"/> Tylko przy spec. okazjach <input type="checkbox"/></p> <p>Ile alkoholu wypija Pan/i średnio dziennie. Jeżeli Pan/i zaprzestał/a picia alkoholu, proszę podać kiedy i dlaczego?</p> |

| | |
|---|---|
| 16. Czy zażywał/a lub zażywa Pan/i narkotyki, np. marihuanę lub inne środki odurzające? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły: |
| 17. Czy palił/a lub pali Pan/i papierosy, fajkę, cygara? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać rodzaj tytoniu, jak długo, ilość sztuk wypalanych dziennie oraz ewentualnie kiedy i dlaczego rzucił/a Pan/i palenie: |
| 18. Czy był Pan zwolniony lub otrzymał odroczenie służby wojskowej z powodu przebytych chorób? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły: |
| 19. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/i o rentę inwalidzką? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły: |
| 20. Czy kiedykolwiek Pana/i wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczone lub przyjęty na specjalnych warunkach? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać datę i nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego: |
| 21. Czy w najbliższym czasie ma Pan/i zamiar wyjechać za granicę na okres dłuższy niż 6 miesięcy? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać kiedy, gdzie i w jakim celu: |
| 22. Czy często Pan/i podróżuje, czy uprawia Pan/i niebezpieczne sporty lub zajmuje się niebezpiecznym hobby, które zwiększa ryzyko śmierci lub wypadku, jak np. wspinaczka górską, nurkowanie, sporty motorowe, pilotowanie samolotów? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły: |
| 23. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży w ciągu ostatnich 6 tygodni? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać, czy ciąża przebiegała prawidłowo: |
| 24. Czy poddaje się Pan/i szczepieniom profilaktycznym, np. przeciwko grypie, żółtacze zakaźnej, kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych lub regularnym badaniom kontrolnym lub profilaktycznym? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać daty szczepienia, daty, rodzaj i wynik dwóch ostatnich badań: |
| 25. Czy ma Pan/i doczynienia z ciężką pracą fizyczną, pracą na wysokości, w dużym zapyleniu, w niekorzystnych warunkach termicznych, pod ziemią, z częstym prowadzeniem samochodu? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły, ewentualnie rodzaj samochodu i średnią liczbę miesięcznie przejechanych kilometrów: |
| 26. Proszę podać dokładny opis charakteru działalności lub pracy. TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Liczba godzin pracy tygodniowo <input type="text"/> |
| 27. Czy czuje się Pan/i obecnie osobą całkowicie zdrową? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> | Jeżeli NIE, proszę podać dlaczego: |

Uwagi

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 przeze 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 NIE Ubezpieczony TAK NIE Ubezpieczający

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 Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Moje Życie oświadczam, że otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Moje Życie zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 14/2015 z dnia 17.04.2015 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku wraz z Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku, na podstawie, których wnioskuję o zawarcie umowy.

W przypadku wyboru Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Bezpieczny Kredyt oświadczam, że otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Bezpieczny Kredyt zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 28/2007 z dnia 12.12.2007 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku wraz z Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku, na podstawie, których wnioskuję o zawarcie umowy.

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 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 przeze 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/Ubezpieczonego

TAK NIE Ubezpieczony TAK NIE Ubezpieczający

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 | rozмовę telefoniczną |
| Ubezpieczony – <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Ubezpieczony – <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Ubezpieczony – <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Ubezpieczający – <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Ubezpieczający – <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE | Ubezpieczający – <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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.

Miejsowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika

Miejsowość, data, czytelny podpis Ubezpieczonego

Miejsowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego

OCHRONA TYMCZASOWA W TOWARZYSTWIE UBEZPIECZEŃ INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.

Ochrona tymczasowa rozpoczyna się od dnia podpisania wniosku o ubezpieczenie, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po dniu opłacenia składki ubezpieczeniowej.

Ochrona tymczasowa wygasa:

- z dniem zawarcia umowy ubezpieczenia,
- po upływie 60 dni od dnia podpisania wniosku o ubezpieczenie,
- w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem dostarczenia do TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. – Polska odpowiedniego pisemnego oświadczenia,
- w przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. – z dniem doręczenia Ubezpieczającemu pisemnego powiadomienia,
- w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Podczas trwania ochrony tymczasowej TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia zadeklarowanej we wniosku. Odpowiedzialność ograniczona jest do łącznej kwoty 50.000,00 zł. Powyższe ograniczenie odpowiedzialności dotyczy ochrony tymczasowej przysługującej z tytułu wszelkich złożonych w Towarzystwie wniosków o indywidualne ubezpieczenie na życie.

Za śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku uznaje się śmierć, której bezpośrednią i wyłączną przyczyną był nieszczęśliwy wypadek, który zdarzył się w okresie udzielania ochrony tymczasowej, pod warunkiem, że Ubezpieczony zmarł w tym okresie.

W przypadku ochrony tymczasowej TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio wskutek:

- umyślnego czynu karalnego lub jego usiłowania dokonanego przez Ubezpieczonego;
- usiłowania samobójstwa;
- zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu;
- kierowania bez wymaganych zwoleń lub uprawnień: pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy o ruchu drogowym albo motorowerem, rowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub powietrznym;
- działań wojennych, stanu wojennego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemyśle, zamieszkach lub rozruchach;
- udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, takich jak: uprawianie sportów samochodowych, motorowych, motorowodnych, spadochronowych, nurkowania, lotniarstwa, paralotniarstwa, wspinaczki, speleologii, skoków do wody lub skoków na gumowej linie;
- wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, w tym encefalopatii niezależnie od przyczyny jej powstania;
- wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem nielicencjonowanych linii lotniczych.

Ochrona tymczasowa dotyczy tylko tych umów ubezpieczenia, których Ogólne Warunki Ubezpieczenia wyraźnie na to wskazują.

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., Al. Jerozolimskie 172, 02-486 Warszawa; tel. 022 333 75 00, fax 022 333 75 01; e-mail: zycie@interpolska.pl; Nr KRS 0000012649 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego; NIP: 547-17-53-546; Kapitał zakładowy wynosi 20,5 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony.

Blankiet wpłaty

Niniejszy Blankiet Wpłaty stanowi integralną część wniosku o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia na życie i służy do wpłacenia pierwszej składki. Na dokumencie nie wolno dokonywać żadnych poprawek ani skreśleń.

DOWÓD / POKWITOWANIE DLA ODBIORCY

nr rachunku odbiorcy _____

nr rachunku odbiorcy cd. _____

odbiorca
TU INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.

kwota _____

zleceniodawca _____

Składka do wniosku Nr: _____

stempel dzienny

opłata

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nr rachunku odbiorcy _____

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.

nr rachunku odbiorcy _____

W P PLN waluta

numer rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata) _____

nazwa zleceniodawcy _____

nazwa zleceniodawcy cd. _____

tytułem _____

Nr wniosku: _____

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata: _____

06

odcinek dla banku wpłacającego

DOWÓD / POKWITOWANIE DLA ODBIORCY

nr rachunku odbiorcy _____

nr rachunku odbiorcy cd. _____

odbiorca
TU INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.

kwota _____

zleceniodawca _____

Składka do wniosku Nr: _____

stempel dzienny

opłata

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nr rachunku odbiorcy _____

TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.

nr rachunku odbiorcy _____

W P PLN waluta

numer rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata) _____

nazwa zleceniodawcy _____

nazwa zleceniodawcy cd. _____

tytułem _____

Nr wniosku: _____

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata: _____

06

odcinek dla banku wpłacającego