



ID Pośrednika	Imię i nazwisko lub nazwa pośrednika	Dane/pieczęć jednostki INTER Polska
ID O.W.C.A.	Imię i nazwisko O.W.C.A.	

Wniosek o zawarcie ubezpieczenia INTER Kontrakt

Nowy wniosek Zmiana do polisy nr

A		Osoba 1 – Ubezpieczający/Ubezpieczony		Osoba 2 – Ubezpieczony	
		Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
		Imię i nazwisko/Pełna nazwa Firmy		Imię i nazwisko	
		Adres zameldowania/Adres siedziby		Adres zameldowania	
		Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania		Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania	
		NIP (osoba prawna)		REGON (osoba prawna)	
		Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport		Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	
		Seria i nr dowodu tożsamości		Seria i nr dowodu tożsamości	
		PESEL		PESEL	
		Adres e-mail		Adres e-mail	
		Telefon		Telefon	
		Zawód wykonywany/specjalizacja		Zawód wykonywany/specjalizacja	
		Ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Stopień pokrewieństwa w stosunku do Ubezpieczającego	
		Ubezpieczenie zawierane na rzecz osoby trzeciej <input type="checkbox"/> TAK (prosimy wypełnić punkt A - Osoba 2) <input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> mąż/żona <input type="checkbox"/> córka/syn inny <input type="text" value="(jaki?)"/>	

B		Zakres ubezpieczenia i wysokość składki - Osoba 1		Zakres ubezpieczenia i wysokość składki - Osoba 2	
		A. Wysokość świadczenia dziennego		A. Wysokość świadczenia dziennego	
		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 150 PLN (kwota gwarantowana)*		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 150 PLN (kwota gwarantowana)*	
		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)*		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)*	
		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 150 PLN (kwota gwarantowana)		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 150 PLN (kwota gwarantowana)	
		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)		<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)	
		*prosimy wypełnić część D wniosku		*prosimy wypełnić część D wniosku	
		B. Wysokość składki		B. Wysokość składki	
		Składka miesięczna <input type="text" value="0 1"/> PLN		Składka miesięczna <input type="text" value="0 1"/> PLN	
		Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna		Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna	
		Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratałość) <input type="text" value="0 1"/> PLN		Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratałość) <input type="text" value="0 1"/> PLN	

C		Początek ubezpieczenia	
		Osoba 1 <input type="text" value="0 1"/> <input type="text" value="2 0"/>	
		Osoba 2 <input type="text" value="0 1"/> <input type="text" value="2 0"/>	

D		Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego (wypełnić dla wariantów INTER Kontrakt 150 PLN lub 300 PLN)		Osoba 1		Osoba 2	
		1. Czy obecnie występują lub w okresie ostatnich 10 lat występowały u Pani/Pana:					
		a) choroby przewlekłe		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		b) dolegliwości zdrowotne (w tym zaburzenia psychiczne)		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		c) następstwa wypadku?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		Jeśli TAK - prosimy podać diagnozę i czas leczenia.					
		2. Czy w okresie ostatnich 10 lat miało lub ma miejsce lub czy jest planowane u Pani/Pana:					
		a) leczenie w szpitalu		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		b) diagnozowanie dolegliwości, jakichkolwiek objawów lub chorób		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		c) leczenie operacyjne lub zabieg chirurgiczny		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		d) leczenie dolegliwości lub chorób?		Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
		Jeśli TAK - prosimy o przedłożenie karty leczenia lub karty wypisu ze szpitala, wyników badań lub podanie planowanego terminu leczenia/wykonania badań.					

3. Czy w okresie ostatnich 3 lat wystąpiła u Pani/Pana niezdolność do pracy dłuższa niż 15 dni? Jeśli TAK - prosimy o podanie daty (od - do) i diagnozy.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/przyjmował Pani/Pan leki? Jeśli TAK – prosimy podać nazwę leku, dawkę oraz w związku z jakim zachorowaniem był przyjmowany.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5. Czy zostało stwierdzone u Pani/Pana zakażenie wirusem HIV lub WZW?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6. Waga ciała	<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	kg
7. Wzrost	<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	cm

E

Informacje szczegółowe dotyczące pytań części D Wniosku, na które udzielono odpowiedzi „TAK”
Jeśli po zakończonym leczeniu wykonywane były badania kontrolne – prosimy o przedłożenie kopii wyników tych badań.

Nr osoby	Nr pytania	Czas leczenia (dd/mm/rrrr) od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Dane szczegółowe dotyczące ankiety medycznej (diagnoza, dane lekarza prowadzącego leczenie, itp.)

Ilość załączników do wniosku (prosimy podać liczbę stron)

Imię, nazwisko, adres i telefon lekarza pierwszego kontaktu/rodzinnego:

Osoba 1

Osoba 2

Przed podpisaniem wniosku prosimy o uważne przeczytanie poniższych oświadczeń. Oświadczenia te stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. Kopię wniosku otrzyma Pani/Pan wraz z jego podpisaniem.

F

Oświadczenia**Informacje Ubezpieczyciela**

1. Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. (Administratora danych) z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jeruzolimskie 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 i podmiotom wykonującym działalność leczniczą. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana dobrowolnej zgody Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych, zostaną udostępnione do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jeruzolimskie 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 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 (02-486), Al. Jeruzolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.
 - 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 Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jeruzolimskie 172 lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie realizacji umowy ubezpieczenia.
- Osoba 1 - TAK NIE Osoba 2 - TAK NIE**
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Kontrakt zatwierdzonych Uchwałą nr 19/2016 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 17.03.2016r. oraz Aneksu do ww. OWU zatwierdzonego Uchwałą nr 94/2016 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 30.12.2016 r., 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 możliwości przyczyn odmowy wypłaty świadczenia.

Oświadczenia Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jeruzolimskie 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 Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jeruzolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku (ocena ryzyka) i innych dokumentach oraz weryfikacji dokumentów wniesionych w celu realizacji 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 ze zm.).
- Wyrażam również zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jeruzolimskie 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 Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jeruzolimskie 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 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 Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jeruzolimskie 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 odszkodowania lub 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 marketingowe Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

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

Osoba 1 - TAK NIE Osoba 2 - TAK NIE

13. Wyrażam zgodę na otrzymywanie, od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE 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-mailOsoba 1 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIE**wiadomości SMS/MMS**Osoba 1 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIE**rozmowę telefoniczną**Osoba 1 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIE

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

Wypełnia pośrednik:

Oświadczam, że dane osobowe sprawdziłem osobiście z okazanym mi dowodem tożsamości numer: _____

Miejscowość, data, stempel i czytelny podpis pośrednika

Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego –
– Osoba 1
Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczonego –
– Osoba 2