



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		<input type="text"/>		Imię i nazwisko	
Adres zameldowania/Adres siedziby		<input type="text"/>		Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania		<input type="text"/>		Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania	
NIP (osoba prawna)		<input type="text"/>		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		<input type="text"/>		Seria i nr dowodu tożsamości	
PESEL		<input type="text"/>		PESEL	
Adres e-mail		<input type="text"/>		Adres e-mail	
Telefon		<input type="text"/>		Telefon	
Zawód wykonywany/specjalizacja		<input type="text"/>		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/zona <input type="checkbox"/> córka/syn <input type="checkbox"/> inny <input type="text"/>	
				partner/partnerka <input type="text"/> (jaki?)	

B		Osoba 1		Osoba 2	
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"/> PLN		Składka miesięczna <input type="text"/> 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 ratalność) <input type="text"/> PLN		Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratalność) <input type="text"/> PLN			

C		Osoba 1		Osoba 2	
Początek ubezpieczenia		0 1 2 0		0 1 2 0	

D		Osoba 1		Osoba 2	
Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego (wypełnić dla wariantów INTER Kontrakt 150 PLN lub 300 PLN)					
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"/>	
b) dolegliwości zdrowotne (w tym zaburzenia psychiczne)	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	
c) następstwa wypadku?	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"/>	
b) diagnozowanie dolegliwości, jakichkolwiek objawów lub chorób	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	
c) leczenie operacyjne lub zabieg chirurgiczny	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>	
d) leczenie dolegliwości lub chorób?	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

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 (02-305), Al. Jerozolimskie 142B o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

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 zatwierzonego 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 zapoznałem/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 przed zawarciem umowy ubezpieczenia została mi przekazana pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych.

Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, 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.

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 (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, 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 dentyisty).

Wyrażam zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, 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 zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B 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, 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 zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B od Narodowego Funduszu Zdrowia, danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielały 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.

OŚWIADCZENIA OPCJONALNE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO:

Wyrażam dobrowolnie zgodę na otrzymywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia i jej realizacją, przesyłanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie realizacji umowy ubezpieczenia.

Osoba 1 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIE

Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., gdy nie będzie już obowiązywała umowa/ ochrona ubezpieczeniowa, nadal przetwarzało moje dane osobowe (z wyłączeniem szczególnych kategorii danych), we własnych celach marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie Klientów w celu poznania ich potrzeb oraz przygotowania dla nich odpowiedniej oferty ubezpieczeniowej.

Osoba 1 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIE

Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. udostępniło moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, wiek, zawód, forma zatrudnienia, dane kontaktowe oraz informacje o rodzajach posiadanych w tym Towarzystwie ubezpieczeń do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie(02-305), Al. Jerozolimskie 142B, w celu ich dalszego przetwarzania przez to Towarzystwo w ramach własnych działań marketingowych, co obejmuje m.in. profilowanie Klientów w celu poznania ich potrzeb oraz przygotowania dla nich odpowiedniej oferty ubezpieczeniowej.

Osoba 1 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIE

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

Osoba 1 - TAK NIEOsoba 1 - TAK NIEOsoba 1 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIEOsoba 2 - TAK NIE

* Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od Towarzystwa Ubezpieczeń 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