



Wniosek o Zawarcie Grupowego Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A	Centrala/Oddział/ Przedstawicielstwo	Nazwa <input type="text"/>	Nr wniosku <input type="text"/>
		Pośrednik imię i nazwisko/nazwa <input type="text"/>	Nr Polisy <input type="text"/>
		Nr <input type="text"/>	wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

* niepotrzebne skreślić

B **Ubezpieczający**

Kobieta
 Mężczyzna
 osoba prawna
 osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą*
 osoba prawna*
 jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej*
 inna forma organizacyjna*

* Do wniosku prosimy dołączyć Formularz beneficjenta rzeczywistego

Nazwa

Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania

Kod Miejscowość

Telefon Fax e-mail

Rodzaj prowadzonej działalności

NIP REGON

Imię i nazwisko administratora umowy

Telefon Fax e-mail

	Liczba osób fizycznych pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym	Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia
W ramach umowy o pracę	<input type="text"/>	<input type="text"/>
W formie kontraktu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pozostałe umowy cywilno-prawne	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rodzina/Partner Ubezpieczonego	<input type="text"/>	<input type="text"/>

C **Oświadczenie o statusie PEP** (wypełnia ubezpieczający będący osobą fizyczną)

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/-am osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz. I. 2018 poz. 723, z późn. zmianami).

TAK NIE
 (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy wypełnić Formularz PEP)
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

D **Zakres podstawowy**

Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową dd/mm/rrrr Śmierć ubezpieczonego Suma ubezpieczenia

E **Zakres dodatkowy**

<input type="checkbox"/> 1. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 2. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego <input type="checkbox"/> 3. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy <input type="checkbox"/> 4. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy <input type="checkbox"/> 5. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu <input type="checkbox"/> 6. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 7. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu <input type="checkbox"/> 8. Trwale Inwalidztwo Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 9. Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy <input type="checkbox"/> 10. Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 11. Niezdolność Ubezpieczonego do Samodzielnej Egzystencji <input type="checkbox"/> 12. Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego (wariant A) <input type="checkbox"/> 13. Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego (wariant B)	<input type="checkbox"/> 14. Wystąpienie Nowotworu u Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> 15. Wystąpienie Choroby Zakaźnej u Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> 16. Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> 17. Operacja Chirurgicalna Ubezpieczonego <input type="checkbox"/> 18. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja A) <input type="checkbox"/> 19. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja B) <input type="checkbox"/> 20. Świadczenie Apteczne <input type="checkbox"/> 21. Pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium <input type="checkbox"/> 22. Śmierć Współmałżonka <input type="checkbox"/> 23. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 24. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego <input type="checkbox"/> 25. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu
---	--

F	<input type="checkbox"/> 26. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 27. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Współmałżonka w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu <input type="checkbox"/> 28. Trwale Inwalidztwo Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 29. Poważne Zachorowanie Współmałżonka (wariant A) <input type="checkbox"/> 30. Poważne Zachorowanie Współmałżonka (wariant B) <input type="checkbox"/> 31. Wystąpienie Nowotworu w Współmałżonka <input type="checkbox"/> 32. Wystąpienie Choroby Zakaźnej u Współmałżonka <input type="checkbox"/> 33. Operacja Chirurgiczna Współmałżonka <input type="checkbox"/> 34. Pobytu w Szpitalu Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 35. Pobyt Współmałżonka na OIOM <input type="checkbox"/> 36. Śmierć Dziecka <input type="checkbox"/> 37. Śmierć Dziecka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 38. Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego <input type="checkbox"/> 39. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 40. Poważne Zachorowanie Dziecka <input type="checkbox"/> 41. Pobyt Dziecka w Szpitalu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 42. Pobyt Dziecka na OIOM <input type="checkbox"/> 43. Urodzenie Dziecka <input type="checkbox"/> 44. Urodzenie Martwego Dziecka <input type="checkbox"/> 45. Urodzenia Dziecka z Wadą Wrodzoną	<input type="checkbox"/> 46. Urodzenie Dziecka z Niską Punkcją w Skali APGAR <input type="checkbox"/> 47. Osierocenie Dziecka <input type="checkbox"/> 48. Śmierć Rodzica lub Teścia <input type="checkbox"/> 49. Śmierć Rodzica lub Teścia w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 50. Złamanie Kości u Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 51. Trwale Uszkodzenie Wzroku w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Promieniowanie Laserowe Podczas Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 52. Trwale Uszkodzenie Słuchu w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Hałas Ultradźwiękowy Podczas Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 53. Zatrucie Ubezpieczonego w Wyniku Ekspozycji na Substancje Chemiczne Wykorzystywane Podczas Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 54. Uraz Kręgosłupa u Ubezpieczonego w Trakcie Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 55. Poważne Zachorowanie Personelu Medycznego <input type="checkbox"/> 56. Doraźna Pomoc Psychologiczna na Wypadek Stwierdzenia u Ubezpieczonego „Wtórny Zespół Stresu Pourazowego” w Związku z Wykonywaniem Pracy <input type="checkbox"/> 57. obrażenia Ciała Ubezpieczonego Spowodowane Bezpośrednią Fizyczną Agresją Osób Trzecich w Miejscu Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 58. Assistance Medyczny <input type="checkbox"/> 59. Assistance Medyczny Plus
---	--	---

G	Składka ubezpieczeniowa Wysokość składki od jednego Ubezpieczonego <input type="text"/> Płatność <input type="checkbox"/> miesięczna
---	--

H	Oferta Wniosek przygotowano na podstawie oferty nr / Wariantu MSP nr <input type="text"/>
---	---

I	Uwagi <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>
---	---

J	Oświadczenia ZGODY I OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO Przyjmuję do wiadomości, że podpisanie niniejszego wniosku nie zobowiązuje żadnej ze stron do zawarcia umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że wszelkie dane zawarte we wniosku ubezpieczeniowym i innych dokumentach są prawdziwe, aktualne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w razie zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych. W przypadku wyboru Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER GRUPA oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia 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 TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 16/2011 z dnia 16.06.2011 roku wraz z Aneksami nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksami nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER GRUPA zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 r. oraz treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Grupa Assistance/Assistance Plus zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 10/2013 z dnia 23.07.2013 roku wraz z Aneksami nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksami nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku na podstawie, których wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia. W przypadku wyboru Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Grupa Plus oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia 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 TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 9/2016 z dnia 17.03.2016 roku, wraz z Aneksami nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016r., na podstawie których wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia. 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. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia została mi przekazana pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych. OŚWIADCZENIA OPCJONALNE UBEZPIECZAJĄCEGO 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-ŻYCIE 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE 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 w ramach swojej Bazy kontaktowej. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. udostępniło moje dane osobowe takie jak: imię, nazwisko, wiek, zawód, forma zatrudnienia, dane kontaktowe oraz informacje o rodzajach posiadanych w tym Towarzystwie ubezpieczeń do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER 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. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A.* informacji handlowych poprzez urządzenie 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 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE wiadomości SMS/MMS <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE rozmowę telefoniczną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE * Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie danych do tego podmiotu w celach marketingowych. <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%;"><input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/> Miejscowość, data</div> <div style="width: 30%;"><input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/> Pieczęć i podpis Ubezpieczającego</div> <div style="width: 30%;"><input style="width: 95%; height: 40px;" type="text"/> Czytelny podpis Pośrednika</div> </div>
---	--