



## 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 Ubezpieczający/Ubezpieczony**  PRACOWNIK  MAŁŻONEK  PARTNER  DZIECKO

Imiona  Data urodzenia

Nazwisko  PESEL

Obywatelstwo  Państwo urodzenia  Seria i numer dokumentu tożsamości

Rodzaj dokumentu tożsamości:  dowód osobisty  paszport

**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 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.**

**C 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

Powód przejścia na indywidualną kontynuację:

Rozwiązanie umowy o pracę  Przejście na emeryturę  Rozwiązanie umowy grupowego ubezpieczenia

Nr kontynuowanej polisy

pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ubezpieczającego

**D 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  ,  PLN

Składka z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia (zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania)

**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 142B, 02-305 Warszawa

Zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową	Suma ubezpieczenia (zł)			
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
Śmierć Ubezpieczonego	5 000 zł	8 000 zł	5 000 zł	8 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	5 000 zł	8 000 zł	5 000 zł	8 000 zł
Osierocenie Dziecka	2 000 zł	3 200 zł	2 000 zł	3 200 zł
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za 1% uszczerbku)	50 zł	80 zł	50 zł	80 zł
Urodzenie Dziecka	500 zł	800 zł	-	-
Urodzenie Martwego Dziecka	1 000 zł	1 600 zł	-	-
Śmierć Współmałżonka Ubezpieczonego	2 500 zł	4 000 zł	2 500 zł	4 000 zł
Śmierć Dziecka	1 500 zł	2 400 zł	1 500 zł	2 400 zł
Śmierć Rodzica i Teścia	500 zł	800 zł	500 zł	800 zł
<b>Składka miesięczna (zł)</b>	<b>33 zł</b>	<b>52 zł</b>	<b>32 zł</b>	<b>51 zł</b>
<b>Składka kwartalna (zł)</b>	<b>99 zł</b>	<b>156 zł</b>	<b>96 zł</b>	<b>153 zł</b>
<b>Składka półroczna (zł)</b>	<b>198 zł</b>	<b>312 zł</b>	<b>192 zł</b>	<b>306 zł</b>
<b>Składka roczna (zł)</b>	<b>396 zł</b>	<b>624 zł</b>	<b>384 zł</b>	<b>612 zł</b>

**E**
**Uposażeni**

Imiona	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia						% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień				
<b>Razem</b>								<b>100%</b>

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

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 Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Razem Bezpieczniej zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 19/2017 z dnia 18.07.2017 roku, 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 TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 16/2011 z dnia 16.06.2011 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksem 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 Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksem 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 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 TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 9/2016 z dnia 17.03.2016 roku wraz z Aneksem 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.

**Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej**

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

**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-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.

 TAK  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.

 TAK  NIE

Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE 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 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.

 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**
 TAK  NIE

**wiadomości SMS/MMS**
 TAK  NIE

**rozmowę telefoniczną**
 TAK  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.

Miejsowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika

Miejsowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego