



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 | <input type="checkbox"/> osoba fizyczna | <input type="checkbox"/> osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą | <input type="checkbox"/> osoba prawna* |
| | | <input type="checkbox"/> jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej* | <input type="checkbox"/> inna forma organizacyjna* | |
| | | * Do wniosku prosimy dołączyć Formularz beneficjenta rzeczywistego | | |
| | | Nazwa <input type="text"/> | | |
| | | Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania <input type="text"/> | | |
| | | Kod <input type="text"/> | Miejscowość <input type="text"/> | |
| | | Telefon <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> | e-mail <input type="text"/> |
| | | Rodzaj prowadzonej działalności <input type="text"/> | | |
| | | NIP <input type="text"/> | REGON <input type="text"/> | |
| | | Imię i nazwisko administratora umowy <input type="text"/> | | |
| | Telefon <input type="text"/> | Fax <input type="text"/> | e-mail <input type="text"/> | |
| | | Liczba osób fizycznych pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym | Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia | |
| | W ramach umowy o pracę | | | |
| | W formie kontraktu | | | |
| | Pozostałe umowy cywilno-prawne | | | |
| | Rodzina/Partner Ubezpieczonego | | | |

| | |
|----------|---|
| 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). |
| | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy wypełnić Formularz PEP) Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. |

| | | |
|----------|--|---|
| D | Zakres podstawowy | Suma ubezpieczenia <input type="text"/> |
| | Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową <input type="text"/> dd/mm/rrrr | Śmierć ubezpieczonego <input type="text"/> |

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

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

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

| | | |
|---|---|----------------------|
| H | Oferta | <input type="text"/> |
| | Wniosek przygotowany na podstawie oferty nr | |

| | | |
|---|----------------------|----------------------|
| I | Uwagi | <input type="text"/> |
| | <input 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. | |
| | 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 29/2018 z dnia 31.07.2018 roku, na podstawie których wnioskuje 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: imiona, 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 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 <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. | | |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | |
| <input type="text"/> | | |
| Miejscowość, data | Pieczęć i podpis Ubezpieczającego | Czytelny podpis Pośrednika |