



Deklaracja Zgody na Przystąpienie do Grupowego Ubezpieczenia na Życie Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych - SIGMA

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A	Informacje ogólne	ID Przedstawiciela <input type="text"/>	Kod Klienta <input type="text"/>				
B	Dane dotyczące Ubezpiezonego						
<input type="checkbox"/> Ubezpieczony							
<input type="checkbox"/> Pełnoletnie dziecko Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)		<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Współmałżonek Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)		<input type="text"/>					
<input type="checkbox"/> Partner życiowy Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)		<input type="text"/>					
Imiona <input type="text"/>							
Nazwisko <input type="text"/>							
Adres do korespondencji Ulica/Nr domu/Nr mieszkania <input type="text"/>							
Kod <input type="text"/>		Miejscowość <input type="text"/>					
Telefon <input type="text"/>		e-mail <input type="text"/>					
PESEL <input type="text"/>		Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową (dd/mm/rrrr) <input type="text"/>					
Wykonywany zawód (stanowisko, ew. opis wykonywanej pracy) TU INTER-ZYCIE Polska S.A. nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową współmałżonków, partnerów życiowych, pełnoletnich dzieci mających ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy lub wykonujących jeden z wymienionych zawodów lub czynności: górnik pracujący pod ziemią, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, kaskader, pirotechnik, pracownik produkcji materiałów wybuchowych, korespondent wojenny, żołnierz misji wojskowych, saper, policjant – jednostki specjalne, funkcjonariusz służb specjalnych, marynarz, pracownik rybołówstwa, pilot testowy, personel samolotów, członek załogi helikoptera ratunkowego, ratownik górski i wodny, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, osoba wykonująca pracę: na wysokościach powyżej 10 metrów, na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna. <input type="text"/>							
C	Czy chorował/a lub choruje Pan/i na którąkolwiek z wymienionych chorób lub występują u Pana/i wymienione dolegliwości:						
Choroba nowotworowa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Cukrzyca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Białaczka lub ziarnica <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Niewydolność lub torbielowatość nerek <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Choroba wieńcowa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Marskość wątroby <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Zawał serca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Wada serca <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
Udar mózgu lub przejściowe niedokrwienie mózgu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		lub czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
D	Dane dotyczące Partnera życiowego Ubezpiezonego						
(Osoba niebędąca w formalnym związku małżeńskim z Ubezpieczonym, a pozostająca z nim we wspólnym pożyciu oraz prowadząca wspólne gospodarstwo domowe. Żadna z osób nie może pozostawać w formalnym związku małżeńskim ani nie mogą być one ze sobą spokrewnione.)							
Imiona <input type="text"/>							
Nazwisko <input type="text"/>							
PESEL <input type="text"/>							
E	Uposażeni						
	Imiona	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia				% świadczenia
			rok	miesiąc	dzień		
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Razem						100%
F	Dane polisy						
Nazwa Wariantu <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Dodatkowy pakiet ryzyk medycznych	Składka miesięczna (łącznie z pakietem ryzyk medycznych) <input type="text"/>				

Oświadczenia
ZGODY I OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji 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 wyrażeniem przeze mnie zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej/finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej 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.

Oświadczam, że zapoznałam 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.

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 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-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nałóg oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych w deklaracji (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 w deklaracji 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 UBEZPIECZONEGO

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów dotyczących wnioskowanej lub zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. umowy ubezpieczenia, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 15.12.2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń, za pomocą środków komunikacji elektronicznej w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

Ubezpieczony - 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.

Ubezpieczony - TAK NIE

Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. udostępniło moje dane osobowe takie jak: 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.

Ubezpieczony - 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

Ubezpieczony - TAK NIE

Ubezpieczony - TAK NIE

Ubezpieczony - 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.

OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO POŁUDNIOWEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH – SIGMA Z SIEDZIBĄ W OŚWIĘCIMIU

Ja, niżej podpisa/a/y, deklaruje wolę przystąpienia do Południowego Stowarzyszenia Ubezpieczonych-SIGMA i oświadczam, że znane mi są postanowienia statutu, rola i zadania Stowarzyszenia. Przyjmuję do wiadomości, że Członkostwo wspierające w Południowym Stowarzyszeniu Ubezpieczonych-SIGMA nie powoduje zobowiązań finansowych wobec Stowarzyszenia z tytułu członkostwa. Członkostwo uzyskuje się po przyjęciu kandydata przez Zarząd Stowarzyszenia. Członkostwo w Południowym Stowarzyszeniu Ubezpieczonych-SIGMA jest dobrowolne i zrzeka osoby zainteresowane promowaniem, wspieraniem oraz rozwojem rynku ubezpieczeniowego w tym ubezpieczeń grupowych i zabezpieczenia społecznego a ponadto ochroną interesów ubezpieczonych.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałam poinformowana/zostałam poinformowany, że:

- Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych-SIGMA z siedzibą w Oświęcimiu przy ul. Kasprowicza 1 jest administratorem danych osobowych członków tego Stowarzyszenia.
- Dane osobowe członków Stowarzyszenia są przetwarzane w celach związanych z ich członkostwem w Stowarzyszeniu, w szczególności w na potrzeby realizacji celów statutowych.
- Przystąpienie do Stowarzyszenia i podanie w tym celu danych osobowych jest dobrowolne.
- Każdemu członkowi Stowarzyszenia przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałam poinformowana/zostałam poinformowany o prawie wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. Niniejsze oświadczenie oraz dane składam dobrowolnie.

Wyrażam zgodę na objęcie mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych - SIGMA z siedzibą w Oświęcimiu z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, zgodnie z treścią tej umowy oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, które będą obowiązywały mnie jako ubezpieczonego.

Niniejszym upoważniam Ubezpieczającego Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych - SIGMA do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji zgody, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia, wysokości składki, sumy ubezpieczenia.

Miejscowość, data

Potwierdzenie przyjęcia deklaracji

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Data

Pieczęć pośrednika

Pieczęć i podpis

Wniosek ubezpieczającego

Wnoszę o objęcie osoby ubezpieczanej na podstawie niniejszej deklaracji oraz wszystkich innych dokumentów dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem.

Miejscowość, data

Pieczęć Ubezpieczającego

Pieczęć i podpis