



## 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)  ,  PLN

**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>

