



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"/>
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		<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).
<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"/>	Śmierć ubezpieczonego <input type="text"/>
		dd/mm/rrrr

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