



ID Pośrednika	Imię i nazwisko lub nazwa pośrednika	Dane/pieczęć jednostki INTER Polska
ID O.W.C.A.	Imię i nazwisko O.W.C.A.	

Wniosek o zawarcie ubezpieczenia INTER Kontrakt

Nowy wniosek Zmiana do polisy nr

A	Osoba 1 – Ubezpieczający/Ubezpieczony	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Osoba 2 – Ubezpieczony	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
	Imię i nazwisko/Pełna nazwa Firmy		Imię i nazwisko	
	Adres zameldowania/Adres siedziby		Adres zameldowania	
	Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania		Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania	
	NIP (osoba prawna)	REGON (osoba prawna)		
	Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport		Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	
	Seria i nr dowodu tożsamości	PESEL	Seria i nr dowodu tożsamości	PESEL
	Adres e-mail		Adres e-mail	
	Telefon		Telefon	
	Zawód wykonywany/specjalizacja		Zawód wykonywany/specjalizacja	
	Ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Stopień pokrewieństwa w stosunku do Ubezpieczającego	
	Ubezpieczenie zawierane na rzecz osoby trzeciej <input type="checkbox"/> TAK (prosimy wypełnić punkt A - Osoba 2) <input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> mąż/zona <input type="checkbox"/> córka/syn <input type="checkbox"/> inny <input type="text"/> (jaki?)	

B	Zakres ubezpieczenia i wysokość składki - Osoba 1	Zakres ubezpieczenia i wysokość składki - Osoba 2
	A. Wysokość świadczenia dziennego	A. Wysokość świadczenia dziennego
	<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 150 PLN (kwota gwarantowana)* <input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)* <input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 150 PLN (kwota gwarantowana) <input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)	<input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 150 PLN (kwota gwarantowana)* <input type="checkbox"/> INTER Kontrakt 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)* <input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 150 PLN (kwota gwarantowana) <input type="checkbox"/> INTER Kontrakt NNW 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)
	*prosimy wypełnić część D wniosku	*prosimy wypełnić część D wniosku
	B. Wysokość składki	B. Wysokość składki
	Składka miesięczna <input type="text"/> PLN	Składka miesięczna <input type="text"/> PLN
	Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna	Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna
	Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratałość) <input type="text"/> PLN	Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratałość) <input type="text"/> PLN

C	Początek ubezpieczenia	Początek ubezpieczenia
	Osoba 1 <input type="text"/>	Osoba 2 <input type="text"/>

D	Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego (wypełnić dla wariantów INTER Kontrakt 150 PLN lub 300 PLN)	Osoba 1	Osoba 2
	1. Czy obecnie występują lub w okresie ostatnich 10 lat występowały u Pani/Pana:		
	a) choroby przewlekłe	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	b) dolegliwości zdrowotne (w tym zaburzenia psychiczne)	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	c) następstwa wypadku?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK - prosimy podać diagnozę i czas leczenia.		

2. Czy w okresie ostatnich 10 lat miało lub ma miejsce lub czy jest planowane u Pani/Pana:

a) leczenie w szpitalu Tak Nie Tak Nie

b) diagnozowanie dolegliwości, jakichkolwiek objawów lub chorób Tak Nie Tak Nie

c) leczenie operacyjne lub zabieg chirurgiczny Tak Nie Tak Nie

d) leczenie dolegliwości lub chorób? Tak Nie Tak Nie

Jeśli TAK - prosimy o przedłożenie karty leczenia lub karty wypisu ze szpitala, wyników badań lub podanie planowanego terminu leczenia/wykonania badań.

3. Czy w okresie ostatnich 3 lat wystąpiła u Pani/Pana niezdolność do pracy dłuższa niż 15 dni?
Jeśli TAK - prosimy o podanie daty (od - do) i diagnozy. Tak Nie Tak Nie

4. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/przyjmował Pani/Pan leki?
Jeśli TAK - prosimy podać nazwę leku, dawkę oraz w związku z jakim zachorowaniem był przyjmowany. Tak Nie Tak Nie

5. Czy zostało stwierdzone u Pani/Pana zakażenie wirusem HIV lub WZW? Tak Nie Tak Nie

6. Waga ciała kg kg

7. Wzrost cm cm

E

Informacje szczegółowe dotyczące pytań części D Wniosku, na które udzielono odpowiedzi „TAK”
Jeśli po zakończonym leczeniu wykonywane były badania kontrolne – prosimy o przedłożenie kopii wyników tych badań.

Nr osoby	Nr pytania	Czas leczenia (dd/mm/rrrr) od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Dane szczegółowe dotyczące ankiety medycznej (diagnoza, dane lekarza prowadzącego leczenie, itp.)

Ilość załączników do wniosku (prosimy podać liczbę stron)

Imię, nazwisko, adres i telefon lekarza pierwszego kontaktu/rodzinnego:

Osoba 1

Osoba 2

Przed podpisaniem wniosku prosimy o uważne przeczytanie poniższych oświadczeń. Oświadczenia te stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. Kopię wniosku otrzyma Pani/Pan wraz z jego podpisaniem.

F

Oświadczenia

OŚWIADCZENIE KLIENTA – ANALIZA WYMAGAŃ I POTRZEB KLIENTA

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż przeprowadzenie analizy jest dobrowolne oraz, że w przypadku odmowy jej przeprowadzenia bądź podania nieprawdziwych informacji, dystrybutor ubezpieczeń nie będzie miał możliwości zaproponowania umowy ubezpieczenia, która będzie w pełni odpowiadała moim wymaganiom i potrzebom.

W związku z powyższym:

Oświadczam, że odmawiam poddania się analizie wymagań i potrzeb.

Oświadczam, że jestem zainteresowany/a analizą moich potrzeb i wymagań w zakresie obejmującym ubezpieczenie:

Numer oferty**:

na życie Tak Nie w przyszłości*

zdrowotne Tak Nie w przyszłości*

mieszkania/domu Tak Nie w przyszłości*

firmy Tak Nie w przyszłości*

turystyczne Tak Nie w przyszłości*

nieszczęśliwych wypadków Tak Nie w przyszłości*

OC działalności Tak Nie w przyszłości*

związane z zawodem Medycznym Tak Nie w przyszłości*

gwarancji turystycznych Tak Nie w przyszłości*

* umówienie spotkania z klientem

** umieszczenie numeru lub numerów ofert, w przypadku kilku ofert

W związku z dokonaniem wyborem ubezpieczenia/eń zostanie przeprowadzona szczegółowa analiza wymagań i potrzeb klienta w oparciu o rozmowę dystrybutora ubezpieczeń z klientem.

W przypadku ubezpieczeń na życie, zdrowotnych oraz gwarancji turystycznych w oparciu o przeprowadzoną analizę, o której mowa w art. 8 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zostanie wypełniony wniosek o zawarcie ubezpieczenia. Wniosek będzie obejmował wszystkie wymagania i potrzeby zidentyfikowane przez klienta.

Szczegółowy zakres ubezpieczonych ryzyk, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności znajduje się w dokumencie Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU), które stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. Zapoznanie się z nimi oraz akceptacja postanowień OWU stanowi warunek zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Oświadczam także, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia (nie dotyczy umowy ubezpieczenia na życie) otrzymałem dokument ustandaryzowany (IPID) dotyczący ubezpieczenia, o które wnioskuję.

W przypadku zidentyfikowania niezgodności produktu ubezpieczeniowego z Pana/Pani wymaganiami i potrzebami, prosimy o niezwłoczne zgłoszenie tego faktu dystrybutorowi ubezpieczeń.

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 Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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 otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Kontrakt zatwierdzonych Uchwałą nr 34/2019 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 11.06.2019 r. na podstawie których wnioskuję o zawarcie umowy.

Oświadczam, że zapoznałem/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.

Oświadczam także, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem dokument ustandaryzowany (IPID) dotyczący ubezpieczenia, o które wnioskuję.

Oświadczenia Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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 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 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 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 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 UBEZPIEZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO:

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów dotyczących wnioskowanej lub zawartej z TU INTER 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 przez mnie adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

Osoba 1 - TAK NIE **Osoba 2** - TAK NIE

Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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.

Osoba 1 - TAK NIE **Osoba 2** - TAK NIE

Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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-ŻYCIE 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.

Osoba 1 - TAK NIE **Osoba 2** - 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
Osoba 1 - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Osoba 1 - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Osoba 1 - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba 2 - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Osoba 2 - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Osoba 2 - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

* Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie danych do tego podmiotu w celach marketingowych.

Wypełnia pośrednik:
Oświadczam, że dane osobowe sprawdziłem osobiście z okazanym mi dowodem tożsamości numer: _____

Miejscowość, data, stempel i czytelny podpis pośrednika

Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego –
– Osoba 1

Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczonego –
– Osoba 2