



Wniosek o Zawarcie Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

(obowiązuje dla umów zawartych od dnia 23.03.2020 roku)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Pośrednik	<input type="text"/>	Nr	<input type="text"/>	Nr wniosku	<input type="text"/>
	imię i nazwisko/nazwa				
Oddział	<input type="text"/>	Nr polisy	<input type="text"/>		

wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ZYCIE Polska S.A.

A **Ubezpieczający** Kobieta Mężczyzna osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą osoba prawna*
 jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej* inna forma organizacyjna*

* Do wniosku prosimy dołączyć Formularz beneficjenta rzeczywistego

Imię (imiona) lub nazwa firmy

Nazwisko, dalsza część nazwy firmy

Data urodzenia

dzień miesiąc rok

PESEL/ Data urodzenia w przypadku braku nr PESEL

NIP (nie dotyczy osób fizycznych)

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport

Miejsce zameldowania lub siedziba firmy

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

Telefon

e-mail

Zawód wykonywany (stanowisko, specjalność, branża)

Adres korespondencyjny (wypełnić tylko w przypadku jeżeli adres inny niż zameldowania lub siedziby)

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

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 **Ubezpieczony** (wypełnić tylko gdy inny niż ubezpieczający) Kobieta Mężczyzna Firma

Imię (imiona)

Nazwisko

Data urodzenia

dzień miesiąc rok

PESEL

Obywatelstwo

Seria i numer dokumentu tożsamości

Rodzaj dokumentu tożsamości

dowód osobisty paszport

Miejsce zameldowania

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

Telefon

e-mail

Zawód wykonywany (stanowisko, specjalność, branża)

D

Adres korespondencyjny (wypełnić tylko w przypadku jeżeli adres inny niż zameldowania)

Kod _____ Miejscowość _____

Ulica _____ Nr _____ Nr lokalu _____

E

Uposażeni

Imiona	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia				% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień		
Razem						100%

F

Dane techniczne

Wiek wstępu Ubezpieczonego: _____ lat Czas trwania umowy: _____ lat Okres opłacania składek: _____ lat

Częstotliwość opłacania składki: miesięczna kwartalna półroczna roczna jednorazowa

G

Umowa podstawowa (prosimy wypełnić tylko jedną umowę)

	Suma ubezpieczenia w złotych	Składka w złotych
<input type="checkbox"/> Terminowe ubezpieczenie na życie „INTER Moje Życie”	_____	_____
<input type="checkbox"/> Terminowe ubezpieczenie na życie „INTER Bezpieczny Kredyt”	_____	_____

H

Umowy dodatkowe

	Suma ubezpieczenia w złotych	Składka w złotych
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	_____	_____
<input type="checkbox"/> Śmierć Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	_____	_____
<input type="checkbox"/> Inwalidztwo Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	_____	_____
<input type="checkbox"/> Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	_____	_____
<input type="checkbox"/> Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	_____	_____

Suma składek za ubezpieczenie podstawowe oraz umowy dodatkowe z uwzględnieniem _____ % zniżki za częstotliwość: _____ złotych

I

Sposób płatności składki

Przelew bankowy Polecenie zapłaty (Ubezpieczający wypełnił upoważnienie na obciążenie rachunku)

Jeżeli z powodu podwyższonego ryzyka suma ubezpieczenia ulegnie zmianie nie więcej niż 5% wyrażam zgodę na automatyczne jej obniżenie

Jeżeli z powodu podwyższonego ryzyka suma ubezpieczenia ulegnie zmianie o więcej niż 5%, proszę o zachowanie zadeklarowanej we wniosku składki sumy ubezpieczenia

J

Informacje dotyczące Ubezpieczonego

Obecny oraz poprzedni lekarz pierwszego kontaktu (jeśli zmiana miała miejsce w ciągu ostatnich 12 miesięcy)

Nazwisko i adres wybranego lekarza pierwszego kontaktu oraz poprzednich: _____

- Wzrost _____ cm Waga _____ kg Czy waga uległa zmianie o ponad 5 kg w ciągu ostatnich 12 miesięcy?

wzrost - spadek - o ile kilogramów? _____
- Czy rodzice/rodzeństwo chorowali lub zmarli przed ukończeniem 65 roku życia w następstwie takich chorób jak: zawał serca, choroba wieńcowa, choroba nowotworowa, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, marskość wątroby, choroby nerek, załamanie nerwowe, epilepsja, choroba neurologiczna, stwardnienie rozsiane, inne choroby dziedziczne lub wrodzone lub zmarli nagle śmiercią przed ukończeniem 40 roku życia?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać kto, rozpoznanie choroby i wiek w momencie śmierci:
- Czy kiedykolwiek uległ/a Pan/i wypadkowi, zatruciu lub innym zewnętrznym albo wewnętrznym uszkodzonym ciała?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły: datę i rodzaj urazu, dokumentację i ewentualne konsekwencje zdrowotne urazu:
- Czy był/a Pan/i leczony/a szpitalnie, operacyjnie lub sanatoryjnie?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać nazwisko i adres lekarza prowadzącego, rozpoznanie choroby, daty i okresy leczenia oraz miejsce leczenia (proszę o dołączenie kserokopii kart informacyjnych):
- Czy jest Pan/i obecnie leczony/a lub korzysta z konsultacji lekarskich?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać powód, nazwisko lekarza prowadzącego, rodzaj i adres placówki:
- Czy ma Pan/i zamiar poddać się leczeniu zachowawczemu lub operacyjnemu?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać kiedy i dlaczego:

<p>7. Czy w ciągu ostatniego roku odczuwał/a Pan/i jakkolwiek z wymienionych dolegliwości: zadyszka, nieregularne bicie serca, ból lub utraty przytomności, krwiotłucie, uporczywy kaszel lub zmiana charakteru kaszlu, trudności w polykaniu, krew w stolcu, zgaga, wzdęcia brzucha lub kwaśne odbijanie, powiększenie lub guzek sutka??</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły, w tym rodzaj dolegliwości i częstość występowania:</p>
<p>8. Czy zażywa Pan/i leki?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać jakie, jak często, jak długo, jaką dawkę i z jakiej przyczyny:</p>
<p>9. Czy w ostatnich 10 latach miał/a Pan/i wykonywane badanie takie jak: USG, EKG, RTG, urografia, angiografia, endoskopia, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny itp. lub zamierza się poddać takim badaniom?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać z jakiego powodu, z jakim wynikiem i kiedy:</p>
<p>10. Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/i dawcą krwi lub przyjmował/a transfuzję?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać datę ostatniego pobrania lub datę transfuzji, przetaczania krwi lub środków krwiopochodnych (transfuzji):</p>
<p>11. Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 3 tygodnie?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać przyczynę i liczbę dni zwolnienia:</p>
<p>12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i skierowany/a na konsultację lub leczenie związane z chorobą AIDS, nosicielstwem wirusa HIV lub chorobą weneryczną?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p>
<p>13. Czy ma Pan/i wadę wzroku lub słuchu?</p> <p>TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p>
<p>14. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i chory na którąkolwiek z poniżej wymienionych chorób lub odczuwał/a inne dolegliwości związane z wymienionymi tu układami lub narządami?</p> <p>14.1. choroby krwi i układu krwionośnego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.2. guz, torbiel, choroba nowotworowa lub inna choroba złośliwa, np. białaczka TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.3. choroba wieńcowa, podwyższone ciśnienie tętnicze, (proszę podać najwyższe i najniższe wartości i daty pomiarów), zaburzenia rytmu serca, zawał serca, przerost mięśnia sercowego lub inne choroby układu krążenia TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.4. astma oskrzelowa, gruźlica, sarkoidoza, przewlekłe zapalenie oskrzeli lub inne choroby układu oddechowego (czy występują duszności, krwiotłucie, chrypka lub kaszel) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.5. cukrzyca, hiperlipidemia, hipercholesterolemia, dna moczanowa, choroby tarczycy lub inne choroby wydzielania wewnętrznego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.6. niedokrwistość, białaczki, chłoniaki, ziarnica złośliwa, szpiczaki mnogie lub inne choroby krwi TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.7. niewydolność nerek, kamica nerkowa, zapalenie kłębków nerkowych, torbielowatość nerek, choroby dróg moczowych lub inne choroby układu moczowego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.8. porażenia, niedowład, padaczka, utraty przytomności, stwardnienie rozsiane, bóle głowy lub inne choroby układu nerwowego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.9. choroba psychiczna, depresja nerwica, próby samobójcze w przeszłości TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.10. dolegliwości narządu ruchu lub kręgosłupa, choroba reumatyczna (jeśli tak, to czy wystąpiły powikłania ze strony serca), zwyrodnienia, zeszywnienia, zapalenia stawów, dyskopatia, rwa kulszowa lub inne choroby układu ruchu TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.11. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego lub narządów płciowych TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.12. choroby układu pokarmowego, nawracające stany biegunkowe, zaburzenia pracy jelit, zaparcia, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby trzustki, jelita cienkiego lub grubego, maskość wątroby lub inne choroby wątroby i dróg żółciowych TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.13. choroby uszu, oczu, nosa lub gardła TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p> <p>14.14. alergie, choroby skóry (jeśli tak, to jakiego rodzaju) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli odpowiedź na którekolwiek z poniższych pytań brzmi TAK, proszę podać szczegóły, w tym: które z poniższych chorób zostały rozpoznane lub leczone, daty rozpoznania i leczenia, czas trwania i miejsce leczenia oraz ewentualnej rehabilitacji, dane lekarza prowadzącego</p>

<p>15. Czy pił/a lub pije Pan/i alkoholu? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Codziennie/prawie codziennie <input type="checkbox"/> Raz/dwa razy w tygodniu <input type="checkbox"/> Raz/dwa razy w miesiącu <input type="checkbox"/> Tylko przy spec. okazjach <input type="checkbox"/> Ile alkoholu wypija Pan/i średnio dziennie. Jeżeli Pan/i zaprzestał/a picia alkoholu, proszę podać kiedy i dlaczego?</p>
<p>16. Czy zażywał/a lub zażywa Pan/i narkotyki, np. marihuanę lub inne środki odurzające? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p>
<p>17. Czy palił/a lub pali Pan/i papierosy, fajkę, cygara? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać rodzaj tytoniu, jak długo, ilość sztuk wypalanych dziennie oraz ewentualnie kiedy i dlaczego rzucił/a Pan/i palenie:</p>
<p>18. Czy był Pan zwolniony lub otrzymał odroczenie służby wojskowej z powodu przebytych chorób? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p>
<p>19. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/i o rentę inwalidzką? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p>
<p>20. Czy kiedykolwiek Pana/i wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczone lub przyjęty na specjalnych warunkach? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać datę i nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego:</p>
<p>21. Czy często Pan/i podróżuje, czy uprawia Pan/i niebezpieczne sporty lub zajmuje się niebezpiecznym hobby, które zwiększa ryzyko śmierci lub wypadku, jak np. wspinaczka górską, nurkowanie, sporty motorowe, pilotowanie samolotów? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:</p>
<p>22. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży w ciągu ostatnich 6 tygodni? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać, czy ciąża przebiegała prawidłowo:</p>
<p>23. Czy poddaje się Pan/i szczepieniom profilaktycznym, np. przeciwko grypie, żółtacze zakaźnej, kleszczowemu zapaleniu opon mózgowych lub regularnym badaniom kontrolnym lub profilaktycznym? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać daty szczepienia, daty, rodzaj i wynik dwóch ostatnich badań:</p>
<p>24. Czy ma Pan/i doczynienia z ciężką pracą fizyczną, pracą na wysokości, w dużym zapyleniu, w niekorzystnych warunkach termicznych, pod ziemią, z częstym prowadzeniem samochodu? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły, ewentualnie rodzaj samochodu i średnią liczbę miesięcznie przejechanych kilometrów:</p>
<p>25. Proszę podać dokładny opis charakteru działalności lub pracy. TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Liczba godzin pracy tygodniowo <input type="text"/></p>
<p>26. Czy czuje się Pan/i obecnie osobą całkowicie zdrową? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeżeli NIE, proszę podać dlaczego:</p>
<p>27. Czy miał/a Pan/i bliski kontakt z osobą podlegającą kwarantannie lub osobą u której potwierdzono zakażenie koronawirusem (SARS-CoV-2/COVID-19)? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeśli TAK – proszę podać szczegóły i datę kontaktu:</p>
<p>28. Czy obecnie Pan/i jest lub kiedykolwiek był/a Pan/i poddany/a kwarantannie w związku z narażeniem na zakażenie koronawirusem (SARS-CoV-2/COVID-19)? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeśli TAK – proszę podać szczegóły i okres trwania kwarantanny:</p>
<p>29. Czy zalecono wykonanie testu na obecność koronawirusa (SARS-CoV-2/COVID-19) lub czy oczekuje Pan/i na wynik przeprowadzonego już testu? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeśli TAK – proszę podać szczegóły i datę wykonania testu:</p>
<p>30. Czy kiedykolwiek wynik na obecność koronawirusa (SARSCoV-2/COVID-19) był pozytywny? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeśli TAK – proszę podać szczegóły i datę wykonania testu:</p>
<p>31. Czy w ciągu ostatnich 14 dni wystąpiły jakiegokolwiek z poniższych objawów: gorączka, kaszel, duszność, bóle mięśni, rozbiecie, katar, ból gardła, nudności, wymioty, rozwolnienie/ biegunka? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeśli TAK – proszę podać szczegóły i datę wystąpienia objawów:</p>
<p>32. Czy obecnie stan zdrowia Pana/i jest dobry? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/></p>	<p>Jeśli NIE – prosimy opisać dlaczego:</p>
<p>33. Do jakich krajów podróżował/a Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni?</p>	<p>Prosimy o podanie kraju, miasta, daty przyjazdu i daty wyjazdu:</p>
<p>34. Do jakich krajów zamierza Pan/i podróżować w ciągu najbliższych 30 dni?</p>	<p>Prosimy o podanie kraju, miasta, daty przyjazdu i daty wyjazdu:</p>

K

Uwagi

Oświadczenia

ZGODY I OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

Przyjmuję do wiadomości, że podpisanie niniejszego wniosku nie zobowiązuje żadnej ze stron do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że podane przeze 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-ŻYCIE Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z 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 Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Moje Życie oświadczam, że otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Moje Życie zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 14/2015 z dnia 17.04.2015 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku wraz z Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku, na podstawie, których wnioskuję o zawarcie umowy.

W przypadku wyboru Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Bezpieczny Kredyt oświadczam, że otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Terminowego Ubezpieczenia na Życie INTER Bezpieczny Kredyt zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 28/2007 z dnia 12.12.2007 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku wraz z Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku, na podstawie, których wnioskuję o zawarcie umowy.

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.

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 wysokości 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, 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-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wniesionych przeze 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 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-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 UBEZPIECZAJĄCEGO/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.

Ubezpieczający - TAK NIE 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.

Ubezpieczający - TAK NIE Ubezpieczony - TAK 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.

Ubezpieczający - TAK NIE 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 urządzenie 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
Ubezpieczający - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ubezpieczający - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ubezpieczający - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Ubezpieczony - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ubezpieczony - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ubezpieczony - <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.

Miejscowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczonego

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego

OCHRONA TYMCZASOWA W TOWARZYSTWIE UBEZPIECZEŃ INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.

Ochrona tymczasowa rozpoczyna się od dnia podpisania wniosku o ubezpieczenie, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po dniu opłacenia składki ubezpieczeniowej.

Ochrona tymczasowa wygasa:

- z dniem zawarcia umowy ubezpieczenia,
- po upływie 60 dni od dnia podpisania wniosku o ubezpieczenie,
- w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem dostarczenia do TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. – Polska odpowiedniego pisemnego oświadczenia,
- w przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. – z dniem doręczenia Ubezpieczającemu pisemnego powiadomienia,
- w dniu śmierci Ubezpieczonego.

Podczas trwania ochrony tymczasowej TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku do wysokości sumy ubezpieczenia zadeklarowanej we wniosku. Odpowiedzialność ograniczona jest do łącznej kwoty 50.000,00 zł. Powyższe ograniczenie odpowiedzialności dotyczy ochrony tymczasowej przysługującej z tytułu wszelkich złożonych w Towarzystwie wniosków o indywidualne ubezpieczenie na życie.

Za śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku uznaje się śmierć, której bezpośrednią i wyłączną przyczyną był nieszczęśliwy wypadek, który zdarzył się w okresie udzielania ochrony tymczasowej, pod warunkiem, że Ubezpieczony zmarł w tym okresie.

W przypadku ochrony tymczasowej TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio wskutek:

- umyślnego czynu karalnego lub jego usiłowania dokonanego przez Ubezpieczonego;
- usiłowania samobójstwa;
- zatrucia spowodowanego spożyciem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków o podobnym działaniu;
- kierowania bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień: pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy o ruchu drogowym albo motorowerem, rowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub powietrznym;
- działań wojennych, stanu wojennego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, zamieszkach lub rozruchach;
- udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, takich jak: uprawianie sportów samochodowych, motorowych, motorowodnych, spadochronowych, nurkowania, lotniarstwa, paralotniarstwa, wspinaczki, skoków do wody lub skoków na gumowej linie;
- wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, w tym encefalopatii niezależnie od przyczyny jej powstania;
- wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem nielicencjonowanych linii lotniczych.

Ochrona tymczasowa dotyczy tylko tych umów ubezpieczenia, których Ogólne Warunki Ubezpieczenia wyraźnie na to wskazują.

Blankiet wpłaty

Niniejszy Blankiet Wpłaty stanowi integralną część wniosku o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia na życie i służy do wpłacenia pierwszej składki. Na dokumencie nie wolno dokonywać żadnych poprawek ani skreśleń.

DOWÓD / POKWITOWANIE DLA ODBIORCY	nr rachunku odbiorcy	Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa	nr rachunku odbiorcy	odcinek dla banku wpłacającego
	nr rachunku odbiorcy cd.		nr rachunku odbiorcy	
	odbiorca		TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.	
	TU INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">W</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</div> <div style="margin: 0 5px;">waluta</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</div> </div>	
kwota	numer rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	nr wniosku:	06	
zleceniodawca	nazwa zleceniodawcy			
	nazwa zleceniodawcy cd.			
	tytułem			
Składka do wniosku Nr:				
stempel dzienny		pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	Opłata:	
opłata				

DOWÓD / POKWITOWANIE DLA ODBIORCY	nr rachunku odbiorcy	Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa	nr rachunku odbiorcy	odcinek dla banku wpłacającego
	nr rachunku odbiorcy cd.		nr rachunku odbiorcy	
	odbiorca		TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.	
	TU INTER-ŻYCIE POLSKA S.A.		<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">W</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</div> <div style="margin: 0 5px;">waluta</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">L</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">N</div> </div>	
kwota	numer rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	nr wniosku:	06	
zleceniodawca	nazwa zleceniodawcy			
	nazwa zleceniodawcy cd.			
	tytułem			
Składka do wniosku Nr:				
stempel dzienny		pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	Opłata:	
opłata				