



Wniosek o Zawarcie Umowy Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie

(obowiązuje od dnia 15.12.2022 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 PESEL/ Data urodzenia w przypadku braku nr PESEL NIP (nie dotyczy osób fizycznych)

dzień miesiąc rok

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

Imię (imiona)

Nazwisko

Data urodzenia PESEL

dzień miesiąc rok

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)

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??

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły, w tym rodzaj dolegliwości i częstość występowania:

8. Czy zażywa Pan/i leki?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać jakie, jak często, jak długo, jaką dawkę i z jakiej przyczyny:

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?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać z jakiego powodu, z jakim wynikiem i kiedy:

10. Czy w ciągu ostatnich 2 lat był/a Pan/i dawcą krwi lub przyjmował/a transfuzję?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać datę ostatniego pobrania lub datę transfuzji, przetaczania krwi lub środków krwiopochodnych (transfuzji):

11. Czy w ciągu ostatnich 3 lat przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 3 tygodnie?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać przyczynę i liczbę dni zwolnienia:

12. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i skierowany/a na konsultację lub leczenie związane z chorobą AIDS, nosicielstwem wirusa HIV lub chorobą weneryczną?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:

13. Czy ma Pan/i wadę wzroku lub słuchu?

TAK NIE

Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:

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?

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

14.1. choroby krwi i układu krwionośnego

TAK NIE

14.2. guz, torbiel, choroba nowotworowa lub inna choroba złośliwa, np. białaczka

TAK NIE

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 NIE

14.4. astma oskrzelowa, gruźlica, sarkoidoza, przewlekłe zapalenie oskrzeli lub inne choroby układu oddechowego (czy występują duszności, krwiotłucie, chrypka lub kaszel)

TAK NIE

14.5. cukrzyca, hiperlipidemia, hipercholesterolemia, dna moczanowa, choroby tarczycy lub inne choroby wydzielania wewnętrznego

TAK NIE

14.6. niedokrwistość, białaczki, chłoniaki, ziarnica złośliwa, szpiczaki mnogie lub inne choroby krwi

TAK NIE

14.7. niewydolność nerek, kamica nerkowa, zapalenie kłębków nerkowych, torbielowatość nerek, choroby dróg moczowych lub inne choroby układu moczowego

TAK NIE

14.8. porażenia, niedowład, padaczka, utraty przytomności, stwardnienie rozsiane, bóle głowy lub inne choroby układu nerwowego

TAK NIE

14.9. choroba psychiczna, depresja nerwica, próby samobójcze w przeszłości

TAK NIE

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 NIE

14.11. choroby gruczołów wydzielania wewnętrznego lub narządów płciowych

TAK NIE

14.12. choroby układu pokarmowego, nawracające stany biegunkowe, zaburzenia pracy jelit, zaparcia, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby trzustki, jelita cienkiego lub grubego, marskość wątroby lub inne choroby wątroby i dróg żółciowych

TAK NIE

14.13. choroby uszu, oczu, nosa lub gardła

TAK NIE

14.14. alergie, choroby skóry (jeśli tak, to jakiego rodzaju)

TAK NIE

15. Czy pił/a lub pije Pan/i alkohol? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	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?
16. Czy zażywał/a lub zażywa Pan/i narkotyki, np. marihuanę lub inne środki odurzające? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:
17. Czy palił/a lub pali Pan/i papierosy, fajkę, cygara? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę podać rodzaj tytoniu, jak długo, ilość sztuk wypalanych dziennie oraz ewentualnie kiedy i dlaczego rzucił/a Pan/i palenie:
18. Czy był Pan zwolniony lub otrzymał odroczenie służby wojskowej z powodu przebytych chorób? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:
19. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/i o rentę inwalidzką? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:
20. Czy kiedykolwiek Pana/i wniosek o ubezpieczenie na życie został odrzucony, odroczony lub przyjęty na specjalnych warunkach? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę podać datę i nazwę towarzystwa ubezpieczeniowego:
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"/>	Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły:
22. Czy jest Pani obecnie w ciąży lub była w ciąży w ciągu ostatnich 6 tygodni? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli TAK, proszę podać, czy ciąża przebiegała prawidłowo:
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"/>	Jeżeli TAK, proszę podać daty szczepienia, daty, rodzaj i wynik dwóch ostatnich badań:
24. Czy ma Pan/i do czynienia 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"/>	Jeżeli TAK, proszę podać szczegóły, ewentualnie rodzaj samochodu i średnią liczbę miesięcznie przejechanych kilometrów:
25. Proszę podać dokładny opis charakteru działalności lub pracy. TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Liczba godzin pracy tygodniowo <input type="text"/>
26. Czy czuje się Pan/i obecnie osobą całkowicie zdrową? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeżeli NIE, proszę podać dlaczego:

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 TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku wraz z Aneksem nr 3 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 3/2021 z dnia 26.01.2021 roku, na podstawie, których wnioskuje 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 wnioskuje 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 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, 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 na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych w Bazie Kontaktowej spółek TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.

Ubezpieczający - TAK NIE Ubezpieczony - TAK NIE

W przypadku zaznaczenia powyższej zgody spółki TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. będą przetwarzały Pani/Pana dane osobowe (dane identyfikacyjne, kontaktowe) we własnych celach marketingowych w ramach prowadzonej wspólnie Bazy Kontaktowej. Prosimy o wskazanie poniżej jak możemy się w tym celu z Panią/Panem kontaktować.

Wybierz formę kontaktu

Zgadzam się* na otrzymywanie od TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informacji handlowych i marketingowych, dotyczących produktów i usług tych Towarzystw, przekazywanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych poprzez:

Ubezpieczający - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ubezpieczony - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	e-mail, Konto Klienta, powiadomienia web, w tym wiadomości przekazywane z użyciem automatycznych systemów wywołujących
Ubezpieczający - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ubezpieczony - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	SMS i powiadomienia mobile, w tym wiadomości przekazywane z użyciem automatycznych systemów wywołujących
Ubezpieczający - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Ubezpieczony - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	rozmowę telefoniczną z przedstawicielem

Udzielenie powyższych zgód marketingowych jest dobrowolne i mogą one zostać wycofane w dowolnym momencie, co nie wpłynie na legalność działań realizowanych na podstawie takiej zgody przed jej wycofaniem. W celu dostosowania naszej oferty do Pani/Pana potrzeb możemy stosować mechanizmy oparte na profilowaniu, jednak zawsze może Pani/Pan złożyć sprzeciw wobec profilowania w celach marketingowych.

* Zgoda skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych w Bazie Kontaktowej spółek TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.

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

Miejscowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika/O.W.C.A.

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczonego

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego