



## Wniosek o Zawarcie Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life (obowiązuje od dnia 28.07.2020 roku)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Pośrednik	<input type="text"/>	Nr	<input type="text"/>	Nr polisy	<input type="text"/>
	imię i nazwisko/nazwa			wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.	
O.W.C.A.	<input type="text"/>	Nr	<input type="text"/>		
	imię i nazwisko				
Oddział	<input type="text"/>				

A

### Dane dotyczące Ubezpiezonego

Ubezpieczony

Kobieta

Mężczyzna

Pełnoletnie dziecko Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)

Współmałżonek Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)

Partner życiowy Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)

Imiona

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL/ Data urodzenia w przypadku braku nr PESEL

NIP (w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą)

dzień miesiąc rok

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

Rodzaj dokumentu tożsamości:

dowód osobisty

paszport

Telefon

e-mail

### Adres zamieszkania

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

Wykonywany zawód (stanowisko, ew. opis wykonywanej pracy)

TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową osób mających ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy lub wykonujących jeden z wymienionych zawodów lub czynności: górnik pracujący pod ziemią, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1kV, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, kaskader, pirotechnik, pracownik produkcji materiałów wybuchowych, korespondent wojenny, żołnierz misji wojskowych, saper, policjant – jednostki specjalne, funkcjonariusz służb specjalnych, marynarz, pracownik rybołówstwa, pilot testowy, personel samolotów, członek załogi helikoptera ratunkowego, ratownik górski i wodny, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, osoba wykonująca pracę: na wysokościach powyżej 10 metrów, na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna.

B

### Ubezpieczający (wypełnić tylko gdy inny niż Ubezpieczony)

osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

osoba prawna\*

jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej\*

inna forma organizacyjna\*

\* Do wniosku prosimy dołączyć Formularz beneficjenta rzeczywistego

Nazwa firmy

dalsza część nazwy firmy

NIP

### Siedziba firmy

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

Telefon

e-mail

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

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

**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 osoby 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.

**D**
**Dane dotyczące Partnera życiowego Ubezpieczonego**

(Osoba niebędąca w formalnym związku małżeńskim z Ubezpieczonym, a pozostająca z nim we wspólnym pożyciu oraz prowadząca wspólne gospodarstwo domowe. Żadna z osób nie może pozostawać w formalnym związku małżeńskim, ani nie mogą być one ze sobą spokrewnione).

Imiona

Nazwisko

Pesel

**E**
**Uposażeni**

Imiona	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia						% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień				
<b>Razem</b>								<b>100%</b>

**F**
**Zakres ubezpieczenia i wysokość składki**

Wariant ubezpieczenia INTER Medyk Life	Składka miesięczna (zł)
<input type="checkbox"/> wariant I*	59,00
<input type="checkbox"/> wariant II*	79,00
<input type="checkbox"/> wariant III*	99,00
<input type="checkbox"/> wariant IV*	59,00
<input type="checkbox"/> wariant V*	99,00
<input type="checkbox"/> wariant VI**	169,00
<input type="checkbox"/> wariant VII (tylko z niezdolnością do pracy)**	1,00
<input type="checkbox"/> <b>Pakiet ryzyk medycznych</b> (tylko łącznie z wariantem nr I, II, III, IV, V, VI)	7,00

\* prosimy wypełnić Ankiety medyczną nr 1 i nr 2

\*\* prosimy wypełnić Ankiety medyczną nr 1, nr 2 i nr 3

Ankiety medycznych nr 1 i nr 3 nie wypełniają osoby dotychczas ubezpieczone w polisach INTER Kontrakt, INTER Medicus, INTER Medyk Life (PSU - wariant z taką samą lub niższą sumą ubezpieczenia jak w dotychczasowej umowie), pod warunkiem rezygnacji z dotychczasowego ubezpieczenia i wyrażenia zgody na wykorzystanie przez TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informacji o stanie zdrowia.

Niezdolność do pracy w wyniku choroby lub NW (tylko dla Ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą) – kwota świadczenia wypłacanego za dzień niezdolności do pracy, od 31-go dnia trwania niezdolności w przypadku choroby i od 1-go dnia w przypadku NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego.	Składka miesięczna (zł)
<input type="checkbox"/> 150 zł (kwota gwarantowana)**	
<input type="checkbox"/> 300 zł (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)**	
<input type="checkbox"/> 450 zł (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)**	
<input type="checkbox"/> 600 zł (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)**	
<input type="checkbox"/> Niezdolność do pracy w wyniku COVID-19 – świadczenie dzienne wypłacane od 1-go dnia, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego	

\*\* prosimy wypełnić Ankiety medyczną nr 1, nr 2 i nr 3

Ankiety medycznych nr 1 i nr 3 nie wypełniają osoby dotychczas ubezpieczone w polisach INTER Kontrakt, INTER Medicus, pod warunkiem rezygnacji z dotychczasowego ubezpieczenia i wyrażenia zgody na wykorzystanie przez TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informacji o stanie zdrowia oraz wyboru wysokości świadczenia na poziomie nie wyższym niż w dotychczasowej umowie.

Niezdolność do pracy w wyniku NW (tylko dla Ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą) – kwota świadczenia wypłacanego za dzień niezdolności do pracy, od 1-go dnia w przypadku NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego.	Składka miesięczna (zł)
<input type="checkbox"/> 150 zł (kwota gwarantowana)	
<input type="checkbox"/> 300 zł (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)	
<input type="checkbox"/> 450 zł (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)	
<input type="checkbox"/> 600 zł (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)	

Częstotliwość opłacania składki

 miesięczna  kwartalna  półroczna  roczna

Łączna wysokość składki do zapłaty z uwzględnieniem częstotliwości

 złotych

**Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego**
**Ankieta medyczna nr 1**

(w przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi TAK, prosimy o wypełnienie Ankiety medycznej nr 3)

Czy chorował/a lub choruje Pan/i na którąkolwiek z wymienionych chorób lub występują u Pana/i wymienione dolegliwości:

Choroba nowotworowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Cukrzyca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Białaczka lub ziarnica	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Niewydolność lub torbielowatość nerek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Marskość wątroby	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Zawał serca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wada serca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	Uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Udar mózgu lub przejściowe niedokrwienie mózgu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	lub czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

**Ankieta medyczna nr 2**

Pytania – w przypadku odpowiedzi TAK prosimy wypełnić kolumnę „Odpowiedzi szczegółowe”	Odpowiedzi szczegółowe
1. 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"/>	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły i datę kontaktu:
2. 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"/>	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły i okres trwania kwarantanny:
3. 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"/>	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły i datę wykonania testu:
4. Czy kiedykolwiek wynik na obecność koronawirusa (SARSCoV-2/COVID-19) był pozytywny? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły i datę wykonania testu:
5. 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"/>	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły i datę wystąpienia objawów:
6. Czy obecnie stan zdrowia Pana/i jest dobry? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli NIE – prosimy opisać dlaczego i wypełnić Ankieta medyczną nr 3:
7. Do jakich krajów podróżował/a Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni?	Prosimy o podanie kraju, miasta, daty przyjazdu i daty wyjazdu:
8. Do jakich krajów zamierza Pan/i podróżować w ciągu najbliższych 30 dni?	Prosimy o podanie kraju, miasta, daty przyjazdu i daty wyjazdu:

**Ankieta medyczna nr 3**

Pytania – w przypadku odpowiedzi TAK prosimy wypełnić kolumnę „Odpowiedzi szczegółowe”	Odpowiedzi szczegółowe
1. Czy ma Pan/i/Pan ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – prosimy podać przyczynę i datę przyznania renty:
2. Czy obecnie występują lub w okresie ostatnich 10 lat występowały u Pani/Pana choroby przewlekłe, dolegliwości zdrowotne (w tym zaburzenia psychiczne, bóle głowy, ból w klatce piersiowej, choroby układu kostno-stawowego, dyskopatia), następstwa wypadku? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – prosimy podać diagnozę i czas leczenia:
3. Czy w okresie ostatnich 10 lat miało lub ma miejsce lub czy jest planowane u Pani/Pana leczenie w szpitalu, diagnozowanie dolegliwości jakiegokolwiek objawów lub chorób, leczenie operacyjne lub zabieg chirurgiczny, leczenie dolegliwości lub chorób? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – prosimy podać diagnozę i termin leczenia/wykonania badań oraz dołączyć kopie kart leczenia lub kart wypisu ze szpitala, wyników badań:
4. Czy w okresie ostatnich 10 lat wykonywał/a Pan/Pani badania diagnostyczne takie jak: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, usg, mammografia, biopsja, kolonoskopia, EKG, echo serca, koronarografia, prześwietlenie klatki piersiowej, badanie cholesterolu, których wyniki okazały się nieprawidłowe lub oczekuje Pan/i/Pan na badania lub wyniki badań? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – prosimy podać diagnozę i/lub termin wykonania badań oraz dołączyć kopię wyników badań:
5. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/przyjmował Pan/i/Pan leki? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – prosimy podać nazwę leku, dawkę oraz w związku z jakim zachorowaniem był przyjmowany:

Pytania – w przypadku odpowiedzi TAK prosimy wypełnić kolumnę „Odpowiedzi szczegółowe”	Odpowiedzi szczegółowe
6. Czy pali/pali/a Pani/Pan/tytoś?  TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – w jakiej postaci, ile sztuk dziennie, od jak dawna, od kiedy Pani/Pan nie pali, z jakiego powodu:
7. Czy zdiagnozowano u Pani/Pana nadciśnienie tętnicze?  TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – prosimy o podanie wartości ciśnienia tętniczego z trzech ostatnich pomiarów oraz daty pomiaru:
8. Waga ciała (kg).	
9. Wzrost (cm).	
10. Prosimy o podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których się Pani/Pan leczy lub leczyła/leczył oraz imion i nazwisk lekarzy prowadzących, pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego.	

**Sposób przesłania polisy ubezpieczeniowej:**

do Oddziału (poczta tradycyjna)  do Pośrednika (e-mail)

H

**Informacje dodatkowe**

I

**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\*

nieszcześliwych 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 wyboru 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 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.

Oświadczam, że otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-Życie Polska S.A. nr 19/2020 z dnia 13.05.2020 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 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, 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:

<b>wiadomości e-mail</b>	<b>wiadomości SMS/MMS</b>	<b>rozmowę telefoniczną</b>
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.

TAK

**Oświadczam, iż rezygnuję z dalszej ochrony ubezpieczeniowej w ramach grupowego ubezpieczenia na życie INTER Grupa (INTER Medyk Life - PSU)**

nr polisy .....

Zostałem/am poinformowany/a, iż wystąpienie z umowy ubezpieczenia nastąpi z końcem okresu ubezpieczenia, za który opłacono ostatnią należną składkę.

Ponadto, zostałem/am poinformowany/a, iż składka z tytułu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. ponosiło odpowiedzialność nie podlega zwrotowi.

TAK  NIE

**Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. udostępniło objęte tajemnicą ubezpieczeniową dane, które dotyczą stanu mojego zdrowia i zostały zgromadzone w związku z posiadanym przeze mnie w tym Towarzystwie ubezpieczeniem zdrowotnym do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, w celu wykonania na ich podstawie oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. w związku z moim wnioskiem o zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life.**

Udzielenie powyższej zgody jest dobrowolne. W przypadku nieudzielenia zgody Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. może zwrócić się do Ubezpieczonego o złożenie oświadczeń i przekazanie danych niezbędnych do wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Jednocześnie informujemy, że powyższa zgoda może zostać odwołana w dowolnym momencie, co nie będzie miało wpływu na legalność działań podejmowanych na podstawie tej zgody zanim została ona wycofana.

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 Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczonego

## Oświadczenie do polisy

W związku ze złożeniem wniosku o zawarcie umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life oświadczam, iż wypowiadam umowę ubezpieczenia INTER Kontrakt/INTER Medicus

nr

Proszę o zwrot nadpłaconej składki ubezpieczeniowej na numer rachunku bankowego:

Data i podpis Ubezpieczającego