



Wniosek o Zawarcie Grupowego Ubezpieczenia na Życie

(dla umów ubezpieczenia zawartych po dniu 01.04.2021 roku)
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"/>
		Nr <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	Miejscowość	<input type="text"/>	
	Telefon	Fax	e-mail	
	Rodzaj prowadzonej działalności	<input type="text"/>		
	NIP	REGON	<input type="text"/>	
	Imię i nazwisko administratora umowy	<input type="text"/>		
	Telefon	Fax	e-mail	
		Liczba osób fizycznych pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym	Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia	
	W ramach umowy o pracę			
	W formie kontraktu			
	Pozostałe umowy cywilno-prawne			
	Rodzina/Partner Ubezpieczonego			

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
	Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową <input type="text"/>	Śmierć ubezpieczonego <input type="text"/>
		dd/mm/rrrr

E	Zakres dodatkowy	<input type="checkbox"/> 1. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 14. Wystąpienie Choroby Zakaźnej u Ubezpieczonego
		<input type="checkbox"/> 2. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	<input type="checkbox"/> 15. Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego
		<input type="checkbox"/> 3. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy	<input type="checkbox"/> 16. Operacja Chirurgiczna Ubezpieczonego
		<input type="checkbox"/> 4. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	<input type="checkbox"/> 17. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja A)
		<input type="checkbox"/> 5. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu	<input type="checkbox"/> 18. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja B)
		<input type="checkbox"/> 6. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 19. Świadczenie Apteczne
		<input type="checkbox"/> 7. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu	<input type="checkbox"/> 20. Pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium
		<input type="checkbox"/> 8. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy	<input type="checkbox"/> 21. Śmierć Współmałżonka
		<input type="checkbox"/> 9. Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy	<input type="checkbox"/> 22. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
		<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 Komunikacyjnego
		<input type="checkbox"/> 11. Niezdolność Ubezpieczonego do Samodzielnej Egzystencji	<input type="checkbox"/> 24. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu
		<input type="checkbox"/> 12. Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> 25. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
		<input type="checkbox"/> 13. Wystąpienie Nowotworu u Ubezpieczonego	

F	<input type="checkbox"/> 26. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Współmałżonka w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu <input type="checkbox"/> 27. Poważne Zachorowanie Współmałżonka <input type="checkbox"/> 28. Wystąpienie Nowotworu u Współmałżonka <input type="checkbox"/> 29. Wystąpienie Choroby Zakaźnej u Współmałżonka <input type="checkbox"/> 30. Operacja Chirurgiczna Współmałżonka <input type="checkbox"/> 31. Pobytu w Szpitalu Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 32. Pobytu w Szpitalu Współmałżonka w Wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 33. Śmierć Dziecka <input type="checkbox"/> 34. Śmierć Dziecka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 35. Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego <input type="checkbox"/> 36. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 37. Poważne Zachorowanie Dziecka <input type="checkbox"/> 38. Pobyt Dziecka w Szpitalu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 39. Pobyt Dziecka w Szpitalu w Wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 40. Urodzenie Dziecka <input type="checkbox"/> 41. Urodzenie Martwego Dziecka <input type="checkbox"/> 42. Urodzenia Dziecka z Wadą Wrodzoną <input type="checkbox"/> 43. Urodzenie Dziecka z Niską Punkcją w Skali APGAR <input type="checkbox"/> 44. Osierocenie Dziecka <input type="checkbox"/> 45. Śmierć Rodzica lub Teścia	<input type="checkbox"/> 46. Śmierć Rodzica lub Teścia w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku <input type="checkbox"/> 47. Trwałe Uszkodzenie Wzroku w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Promieniowanie Laserowe Podczas Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 48. Trwałe Uszkodzenie Słuchu w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Hałas Ultradźwiękowy Podczas Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 49. Zatrucie Ubezpieczonego w Wyniku Ekspozycji na Substancje Chemiczne Wykorzystywane Podczas Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 50. Uraz Kręgosłupa u Ubezpieczonego w Trakcie Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 51. Poważne Zachorowanie Personelu Medycznego <input type="checkbox"/> 52. Doraźna Pomoc Psychologiczna na Wypadek Stwierdzenia u Ubezpieczonego „Wtórtego Zespołu Stresu Pourazowego” w Związku z Wykonywaniem Pracy <input type="checkbox"/> 53. Obrażenia Ciała Ubezpieczonego Spowodowane Bezpośrednią Fizyczną Agresją Osób Trzecich w Miejscu Wykonywania Pracy <input type="checkbox"/> 54. Assistance Medyczny <input type="checkbox"/> 55. Assistance Medyczny Plus <input type="checkbox"/> 56. Assistance Medyczny Max <input type="checkbox"/> 57. Konsultacje Telemedyczne <input type="checkbox"/> 58. Powtórna Opinia Medyczna <input type="checkbox"/> 59. Pakiet Kardiologiczny
---	--	---

G	Składka ubezpieczeniowa Wysokość składki od jednego Ubezpieczonego <input style="width: 100px;" type="text"/>	Płatność <input type="checkbox"/> miesięczna
---	---	--

H	Oferta Wniosek przygotowano na podstawie oferty nr <input style="width: 600px;" type="text"/>
---	---

I	Uwagi <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	---

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 20/2021 z dnia 09.03.2021 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: 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. <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: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">wiadomości e-mail</td> <td style="width: 33%;">wiadomości SMS/MMS</td> <td style="width: 33%;">rozmowę telefoniczną</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</td> <td><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</td> <td><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</td> </tr> </table> * 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.	wiadomości e-mail	wiadomości SMS/MMS	rozmowę telefoniczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
wiadomości e-mail	wiadomości SMS/MMS	rozmowę telefoniczną					
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE					
	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> <div style="width: 30%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 30%;">Miejscowość, data</div> <div style="width: 30%;">Pieczęć i podpis Ubezpieczającego</div> <div style="width: 30%;">Czytelny podpis Pośrednika</div> </div>						