



Wniosek o Zawarcie Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life (obowiązuje od dnia 13.07.2021 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

Kobieta Mężczyzna

Ubezpieczony

Prosimy wypełnić jeśli Ubezpieczonym będzie:

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)

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

Telefon

e-mail

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport

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 1 kV, 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 – jeśli zostaną podane poniższe informacje, wszystkie postanowienia umów dodatkowych na wypadek śmierci Współmałżonka oraz Teścia będą miały zastosowanie odpowiednio do Partnera życiowego

(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				
Razem								100%

F

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 na życie:

zapewniające środki finansowe na powrót do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku

zapewniające środki finansowe na powrót do zdrowia po chorobie

zapewniające środki finansowe dla najbliższych w przypadku mojej śmierci

ochroną ubezpieczeniową obejmującą życie i zdrowie moich najbliższych

W związku z dokonaniem wyboru ubezpieczenia została przeprowadzona szczegółowa analiza wymagań i potrzeb klienta w oparciu o rozmowę dystrybutora ubezpieczeń z klientem.

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.

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

G

Zakres ubezpieczenia i wysokość składki

Wariant ubezpieczenia INTER Medyk Life (szczegółowy zakres i sumy ubezpieczenia znajdują się w Karcie Produktu):	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"/> Pakiet ryzyk medycznych (tylko łącznie z wariantem nr I, II, III, IV, V, VI)	7,00

lub

<input type="checkbox"/> wariant VII (tylko z umową dodatkową na wypadek niezdolności do pracy)	1,00
---	------

Niezdolność do pracy w wyniku choroby lub NW (tylko dla Ubezpieczonych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą) Kwota świadczenia wypłacanego za dzień niezdolności do pracy, pod warunkiem, że niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie minimum 31 dni w przypadku choroby lub 15 dni w przypadku NW:	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)	

Okres świadczeniowy (wariant do wyboru):

<input type="checkbox"/> świadczenie dzienne wypłacane za okres od 1-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku choroby lub NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego
<input type="checkbox"/> świadczenie dzienne wypłacane za okres od 15-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku choroby i od 1-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego
<input type="checkbox"/> świadczenie dzienne wypłacane za okres od 31-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku choroby i od 1-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego

lub

Niezdolność do pracy w wyniku NW (tylko dla Ubezpieczonych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą) Kwota świadczenia wypłacanego za dzień niezdolności do pracy, pod warunkiem, że niezdolność do pracy w wyniku NW trwała nieprzerwanie minimum 15 dni:	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)	

Okres świadczeniowy: świadczenie dzienne wypłacane za okres od 1-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego

Częstotliwość opłacania składki	<input type="checkbox"/> miesięczna	<input type="checkbox"/> kwartalna	<input type="checkbox"/> półroczna	<input type="checkbox"/> roczna
--	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

Łączna wysokość składki do zapłaty z uwzględnieniem częstotliwości		złotych
---	--	---------

H

Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego

Ankieta medyczna nr 1

(Ankiety nie wypełniają osoby dotychczas ubezpieczone w polisach INTER Kontrakt, INTER Medicus, INTER Medyk Life/PSU - wariant z taką samą 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.

Ankiety wypełniają pozostałe osoby wybierające Wariant od I do VI oraz Wariant VII z umową dodatkową na wypadek niezdolności do pracy w wyniku choroby lub NW.

W przypadku zaznaczenia przynajmniej jednej odpowiedzi na 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

 Czy Ubezpieczony ma ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy? TAK NIE

Ankieta medyczna nr 2

(Ankieta jest obowiązkowa dla wszystkich osób wnoszących o objęcie ochroną ubezpieczeniową)

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-CoV2/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, rozbite, 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 Ankiety 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

(Ankiety nie wypełniają osoby dotychczas ubezpieczone w polisach INTER Kontrakt, INTER Medicus, INTER Medyk Life/PSU - wariant z taką samą wysokością świadczenia 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. Ankiety wypełniają pozostałe osoby wybierające Wariant VI oraz osoby wybierające Wariant od I do VII wraz z umową dodatkową na wypadek niezdolności do pracy w wyniku choroby lub NW oraz pozostałe osoby, które zaznaczyły przynajmniej jedną odpowiedź na TAK w Ankiecie medycznej nr 1 lub w Ankiecie medycznej nr 2 w pytaniu nr 6 zaznaczyły odpowiedź NIE)

Pytania – w przypadku odpowiedzi TAK prosimy wypełnić kolumnę „Odpowiedzi szczegółowe”	Odpowiedzi szczegółowe
1. 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:
2. Czy w okresie ostatnich 10 lat miało lub ma miejsce lub czy jest planowane u Pani/Pana leczenie w szpitalu, diagnozowanie dolegliwości jakichkolwiek 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:
3. 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/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:
4. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/przyjmował Pan/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:
6. Czy pali/palił/a Pan/Pan tytoń? TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Jeśli TAK – w jakiej postaci, ile sztuk dziennie, od jak dawna, od kiedy Pan/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 Pan/Pan leczy lub leczyła/leczył oraz imion i nazwisk lekarzy prowadzących, pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego.	

Informacje dodatkowe

Data początku odpowiedzialności:

 zgodnie z OWU (od następnego dnia po dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i opłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej)

 od dnia (nie wcześniej niż od następnego dnia po dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i opłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej)

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.

Oświadczam, że otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść INTER Medyk Life Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie oraz Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń Indywidualnych zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-Życie Polska S.A. nr 36/2021 z dnia 13.07.2021 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, 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 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
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.

Sposób przesłania polisy ubezpieczeniowej:

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

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