



Deklaracja Zgody na Przystąpienie do Grupowego Ubezpieczenia na Życie (dla umów ubezpieczenia zawartych od dnia 01.01.2024 roku)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A	Informacje ogólne	Nr polisy/Nr wniosku		
	Nazwa Ubezpieczającego/piecątka Ubezpieczającego			
B	Dane dotyczące Ubezpieczonego			
	<input type="checkbox"/> Osoba pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym (np. umowa o pracę, kontrakt, członkostwo)			
	<input type="checkbox"/> Pełnoletnie dziecko Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego)			
	<input type="checkbox"/> Współmałżonek Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego)			
	<input type="checkbox"/> Partner życiowy Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego)			
	Imiona			
	Nazwisko			
	Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania			
	Kod	Miejscowość		
	Telefon	e-mail		
	Pesel	Data zatrudnienia (dd/mm/rrrr)	Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową (dd/mm/rrrr)	
	Wykonywany zawód (stanowisko, ew. opis wykonywanej pracy)			
	TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową współmałżonków, partnerów życiowych, pełnoletnich dzieci 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 230V, 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.			
	C	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
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
Wada serca lub niewydolność serca		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zawał 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 kiedykolwiek wykryto lub zdiagnozowano u Pana/i guza?			<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
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				
Razem								100%

F
Oświadczenia
ZGODY I OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji 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 wyrażeniem przeze mnie zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej/finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej 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 nr 20/2021 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 09.03.2021 roku wraz z Aneksiem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą nr 60/2023 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 19.12.2023 roku.

Oświadczam, że zapoznałam 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 wyrażeniem przeze mnie zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej/finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej 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 w deklaracji (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 w deklaracji 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 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.

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.

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

Miejsowość, data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Pieczęć i podpis Ubezpieczającego