



## Wniosek o Zawarcie Grupowego Ubezpieczenia na Życie

(dla umów ubezpieczenia zawartych od dnia 01.01.2024 roku)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

<b>A</b>	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>B</b>	<b>Ubezpieczający</b>	<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 <input type="text"/>		Miejscowość <input type="text"/>	
	Telefon <input type="text"/>		Fax <input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>
	Rodzaj prowadzonej działalności <input type="text"/>			
	NIP <input type="text"/>		REGON <input type="text"/>	
	Imię i nazwisko administratora umowy <input type="text"/>			
Telefon <input type="text"/>		Fax <input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>	
		Liczba osób fizycznych pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym	Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia	
W ramach umowy o pracę		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
W formie kontraktu		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pozostałe umowy cywilno-prawne		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rodzina/Partner Ubezpieczonego		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>C</b>	<b>Oświadczenie o statusie PEP</b> (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) <b>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</b>

<b>D</b>	<b>Zakres podstawowy</b>	Suma ubezpieczenia <input type="text"/>
	Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową <input type="text"/>	Śmierć ubezpieczonego <input type="text"/>
		dd/mm/rrrr

<b>E</b>	<b>Zakres dodatkowy</b>	<input type="checkbox"/> 14. Wystąpienie Choroby Zakaźnej u Ubezpieczonego
	<input type="checkbox"/> 1. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 15. Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego
	<input type="checkbox"/> 2. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	<input type="checkbox"/> 16. Operacja Chirurgiczna Ubezpieczonego
	<input type="checkbox"/> 3. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy	<input type="checkbox"/> 17. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja A)
	<input type="checkbox"/> 4. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	<input type="checkbox"/> 18. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja B)
	<input type="checkbox"/> 5. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu	<input type="checkbox"/> 19. Świadczenie Apteczne
	<input type="checkbox"/> 6. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 20. Pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium
	<input type="checkbox"/> 7. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu	<input type="checkbox"/> 21. Śmierć Współmałżonka
	<input type="checkbox"/> 8. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy	<input type="checkbox"/> 22. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 9. Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy	<input type="checkbox"/> 23. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego
	<input type="checkbox"/> 10. Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 24. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu
	<input type="checkbox"/> 11. Niezdolność Ubezpieczonego do Samodzielnej Egzystencji	<input type="checkbox"/> 25. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 12. Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego	
	<input type="checkbox"/> 13. Wystąpienie Nowotworu u Ubezpieczonego	

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

<b>G</b>	<b>Składka ubezpieczeniowa</b>	Wysokość składki od jednego Ubezpieczonego <input type="text"/>	Platność <input type="checkbox"/> miesięczna
----------	--------------------------------	---	--

<b>H</b>	<b>Oferta</b>	Wniosek przygotowano na podstawie oferty nr <input type="text"/>
----------	---------------	--

<b>I</b>	<b>Uwagi</b>	<input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
----------	--------------	---

<b>J</b>	<b>Oświadczenia</b>
	<p><b>ZGODY I OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO</b></p> <p>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 nr 20/2021 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 09.03.2021 roku wraz z Aneks nr 1 zatwierdzonym Uchwałą nr 60/2023 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 19.12.2023 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.</p>

<b>J</b>	<b>OŚWIADCZENIA OPCJONALNE UBEZPIECZAJĄCEGO</b>
	<p>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.</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

<b>J</b>	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.
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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.

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość, data	Pieczęć i podpis Ubezpieczającego	Czytelny podpis Pośrednika