



Wniosek o Indywidualną Kontynuację Grupowego Ubezpieczenia na Życie

(obowiązuje od dnia 01.01.2024 roku)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy

wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.

A Ubezpieczający/Ubezpieczony PRACOWNIK MAŁŻONEK PARTNER DZIECKO

Imiona Data urodzenia

Nazwisko PESEL

Obywatelstwo Państwo urodzenia Seria i numer dokumentu tożsamości

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport

Miejsce zameldowania
Miejscowość
Kod Poczta
Ulica Nr domu Nr lokalu
Zawód Telefon

Adres korespondencyjny (o ile inny niż zameldowania)
Miejscowość
Kod Poczta
Ulica Nr domu Nr lokalu
Adres e-mail

B 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).
 TAK NIE
(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy wypełnić Formularz PEP)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

C Indywidualna kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie (wypełnia Ubezpieczający w przypadku wystąpienia z umowy grupowej)

Nazwa Ubezpieczającego

Okres zatrudnienia Ubezpieczonego od do

Okres objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego od do

Wysokość ostatniej składki od Ubezpieczonego PLN

Nr kontynuowanej polisy

Powód przejścia na indywidualną kontynuację:
 Rozwiązanie umowy o pracę Przejście na emeryturę Rozwiązanie umowy grupowego ubezpieczenia

pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Ubezpieczającego

D Zakres ubezpieczenia i składka (wypełnia Ubezpieczony)

Proponowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

Wybrany Wariant (zgodnie z tabelą poniżej)
 Wariant 1 Wariant 2 Wariant 3 Wariant 4 Wariant 5 - Indywidualna kontynuacja na warunkach obowiązujących w ubezpieczeniu grupowym, zawierana na 1 rok (tylko dla osób, które nie przekroczyły wieku przystąpienia)
W kolejnym roku ubezpieczenia (począwszy od 2 roku) wybieram:
 Wariant 1 Wariant 2 Wariant 3 Wariant 4

Płatność miesięczna kwartalna półroczna roczna , PLN

Składka z tytułu indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia (zgodnie z wybraną częstotliwością opłacania) , PLN

Pierwszą składkę prosimy wpłacić na podany poniżej numer rachunku bankowego podając w opisie przelewu Imię, Nazwisko i PESEL Ubezpieczonego (dowód wpłaty należy dołączyć do niniejszego wniosku)

ING Bank Śląski 87 1050 0099 7309 0000 0601 3378

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., Al. Jerozolimskie 142B, 02-305 Warszawa

Zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową	Suma ubezpieczenia (zł)			
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
Śmierć Ubezpieczonego	5 000 zł	8 000 zł	5 000 zł	8 000 zł
Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	5 000 zł	8 000 zł	5 000 zł	8 000 zł
Osierocenie Dziecka	2 000 zł	3 200 zł	2 000 zł	3 200 zł
Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku (za 1% uszczerbku)	50 zł	80 zł	50 zł	80 zł
Urodzenie Dziecka	500 zł	800 zł	-	-
Urodzenie Martwego Dziecka	1 000 zł	1 600 zł	-	-
Śmierć Współmałżonka Ubezpieczonego	2 500 zł	4 000 zł	2 500 zł	4 000 zł
Śmierć Dziecka	1 500 zł	2 400 zł	1 500 zł	2 400 zł
Śmierć Rodzica i Teścia	500 zł	800 zł	500 zł	800 zł
Składka miesięczna (zł)	33 zł	52 zł	32 zł	51 zł
Składka kwartalna (zł)	99 zł	156 zł	96 zł	153 zł
Składka półroczna (zł)	198 zł	312 zł	192 zł	306 zł
Składka roczna (zł)	396 zł	624 zł	384 zł	612 zł

E

Uposażeni

Imiona	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia						% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień				
Razem								100%

F

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. W przypadku wyboru Wariantu 1, 2, 3 lub 4 oświadczam, że przed zawarciem umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Razem Bezpieczniej zatwierdzonych Uchwałą nr 19/2017 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. z dnia 18.07.2017 roku wraz z Aneksm 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. W przypadku wyboru Wariantu 5 oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji na warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Grupa Plus 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 Aneksm nr 1 zatwierdzonym Uchwałą nr 60/2023 Zarządu TU INTER-ŻYCIE S.A. z dnia 19.12.2023 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/MMMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

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.

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:	
<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.

Miejscowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego