



Wniosek o Indywidualną Kontynuację Grupowego Ubezpieczenia na Życie

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

Miejsce zameldowania
Miejscowość Rodzaj dokumentu tożsamości: ☐ dowód osobisty ☐ paszport

Kod Poczta Adres korespondencyjny (o ile inny niż zameldowania)
Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu Kod Poczta

Zawód Telefon 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 byłam/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

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 przez 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 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 19/2017 z dnia 18.07.2017 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 otrzymałam/em, zapoznałam/em się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER GRUPA, Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń Grupowych oraz Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń Grupowych – Pakiet Ryzyk Medycznych zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 16/2011 z dnia 16.06.2011 roku wraz z Aneksami nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksami nr 2 do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER GRUPA zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 r. oraz treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Grupa Assistance/Assistance Plus zatwierdzonych Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 10/2013 z dnia 23.07.2013 roku wraz z Aneksami nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksami nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku, na podstawie których wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia.

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 Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 9/2016 z dnia 17.03.2016 roku wraz z Aneksami nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 r., 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.

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 przez 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 przysyłanie 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.

☐ 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.

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę, aby Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. udostępniło moje dane osobowe takie jak: imię, nazwisko, wiek, zawód, forma zatrudnienia, dane kontaktowe oraz informacje o rodzajach posiadanych w tym Towarzystwie ubezpieczeń do Towarzystwa Ubezpieczeń 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.

☐ 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
☐ TAK ☐ NIE

wiadomości SMS/MMS
☐ TAK ☐ NIE

rozmowę telefoniczną
☐ TAK ☐ 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.

Miejscowość, data, podpis i pieczęć Pośrednika

Miejscowość, data, czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego