



## Deklaracja Zgody na Przystąpienie do Grupowego Ubezpieczenia na Życie

### Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych - SIGMA

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A

#### Informacje ogólne

ID Przedstawiciela

Kod Klienta

B

#### Dane osobowe

Pierwsze imię

Drugie imię

Data urodzenia (dd/mm/rrrr)

Nazwisko

#### Adres zameldowania

Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania

Kod

Miejscowość

Telefon

e-mail

Pesel

Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową (dd/mm/rrrr)

Wykonywany zawód (stanowisko, nr zawodu medycznego, ew. opis wykonywanej pracy)

#### Adres korespondencyjny

Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania

Kod

Miejscowość

Czy chorował/a lub choruje Pan/i na którakolwiek z wymienionych chorób lub występują u Pana/i wymienione dolegliwości: choroba nowotworowa, białaczka, choroba wieńcowa, wada serca, zawał serca, przerost mięśnia sercowego, cukrzyca, niewydolność lub torbielowość nerek, niewydolność lub marskość wątroby, lub czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV?  TAK  NIE

C

#### Uposażeni

Imię	Nazwisko	Adres zamieszkania	PESEL lub data urodzenia							% świadczenia
			rok	miesiąc	dzień					
<b>Razem</b>										<b>100%</b>

D

#### Dane polisy

Nazwa Wariantu



Dodatkowy pakiet ryzyk medycznych

Składka miesięczna (łącznie z pakietem ryzyk medycznych)

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., Al. Jerozolimskie 172, 02- 486 Warszawa; tel. 22 333 75 00, fax 22 333 75 01  
 e-mail: zycie@interpolska.pl; Nr KRS 0000012649 Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego;  
 NIP: 547-17-53-546; Kapitał zakładowy wynosi 18,5 mln zł, jest zarejestrowany i w pełni opłacony.

## Oświadczenia

Oświadczam, iż zapoznałem się z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. i wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Oświadczam, iż dane zawarte w tym formularzu są kompletne i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdopodobnych danych TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji nie przebywałem na zwolnieniu lekarskim.

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. (także po mojej śmierci) od każdego podmiotu, który udziela mi świadczeń zdrowotnych m.in. innych zakładów ubezpieczeń, zakładów opieki zdrowotnej, osób fizycznych wykonujących zawód medyczny, grupowych praktyk lekarskich, grupowych praktyk pielęgniarek oraz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam wszystkie ww. podmioty do udzielenia TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. wszelkich informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacji o przyczynie śmierci z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych zawartych w tej deklaracji oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu w celach związanych z działalnością ubezpieczeniową TU INTER-ŻYCIE Polska S.A., w tym w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową oraz wykonywania zawartej umowy grupowego ubezpieczenia na życie, a ponadto w zakresie przewidzianym w Ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz 926 z późn. zm.) Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o prawie wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. Niniejsze oświadczenie oraz dane składam dobrowolnie.

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., teraz i w przyszłości, moich danych osobowych innym podmiotom prawa polskiego powiązanych z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. (w trakcie trwania, jak również po wygaśnięciu Umowy zawartej przeze mnie z Towarzystwem) z którymi współpracuje w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej, w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług.

Wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkich informacji dotyczących zawartego ubezpieczenia na życie w tym m.in. informacji o zaległościach w opłacaniu składki, decyzji o wypłacie bądź odmowie wypłaty świadczenia, za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną z dnia 18 lipca 2002r. (Dz.U. Nr 144, poz. 1204 z późn. zm.). Informacje przesyłane drogą elektroniczną przyjmuję za wiążące.

Niniejszym upoważniam Ubezpieczającego Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych - SIGMA do wyrażania w moim imieniu zgody na dokonywanie zmian umowy ubezpieczenia wskazanej w niniejszej deklaracji uczestnictwa, w szczególności w zakresie przedmiotu ubezpieczenia, wysokości składki, sumy ubezpieczenia.

Przyjmuję do wiadomości iż w okresie 12 miesięcy od daty objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu mojego zgonu lub zgonu małżonka spowodowanego chorobą, która była diagnozowana, leczona lub której objawy występowały w okresie 24 miesięcy przed datą objęcia mnie ubezpieczeniem.

Niniejszym oświadczam, iż w przypadku skorzystania z karencji na różnicę świadczeń, zobowiązuję się do dostarczenia dokumentu potwierdzającego wysokość świadczeń w poprzedniego ubezpieczyciela oraz dokumentu potwierdzającego co najmniej 12-miesięczną ciągłość w opłacaniu składek w poprzedniego ubezpieczenia. Dokumenty wymienione powyżej, zobowiązuję się dostarczyć najpóźniej w momencie składania dokumentów wymaganych do wypłaty świadczenia. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku niedostarczenia ww. dokumentów, w stosunku do mojego ubezpieczenia zostaną zastosowane pełne karencje.

## OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO POŁUDNIOWEGO STOWARZYSZENIA UBEZPIECZONYCH – SIGMA Z SIEDZIBĄ W OŚWIĘCIMIU.

Ja, niżej podpisany, deklaruje wolę przystąpienia do Południowego Stowarzyszenia Ubezpieczonych-SIGMA i oświadczam, że znane mi są postanowieni statutu, rola i zadania Stowarzyszenia. Przyjmuję do wiadomości, że Członkostwo wspierające w Południowym Stowarzyszeniu Ubezpieczonych-SIGMA nie powoduje zobowiązań finansowych wobec Stowarzyszenia z tytułu członkostwa. Członkostwo uzyskuje się po przyjęciu kandydata przez Zarząd Stowarzyszenia. Członkostwo w Południowym Stowarzyszeniu Ubezpieczonych-SIGMA jest dobrowolne i przysięga osoby zainteresowane promowaniem, wspieraniem oraz rozwojem rynku ubezpieczeniowego w tym ubezpieczeń grupowych i zabezpieczenia społecznego a ponadto ochroną interesów ubezpieczonych.

W związku z członkostwem w Stowarzyszeniu, wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych-SIGMA z siedzibą w Oświęcimiu przy ul. Kasprowicza 1, oraz firmy związane stosownymi umowami, które będzie administratorem moich danych osobowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz 926 z późn. zm.). Jednocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o prawie wglądu do swoich danych oraz ich poprawiania. Niniejsze oświadczenie oraz dane składam dobrowolnie.

Wyrażam zgodę na objęcie mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie zawartą przez Południowe Stowarzyszenie Ubezpieczonych-SIGMA z siedzibą w Oświęcimiu z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, zgodnie z treścią tej umowy oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, które będą obowiązywały mnie jako ubezpieczonego. Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/łam się z ww. Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. oraz umową ubezpieczenia i są dla mnie zrozumiałe.

Miejscowość, data

Czytelny podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

## Potwierdzenie przyjęcia deklaracji

data

Pieczętka pośrednika

Pieczętka i podpis

## Wniosek ubezpieczającego

Wnioskuje o objęcie ubezpieczonej na podstawie niniejszej deklaracji oraz wszystkich innych dokumentów dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem.

Miejscowość, data

Pieczętka Ubezpieczającego

Pieczętka i podpis