



# Wniosek o zawarcie ubezpieczenia INTER Kontrakt

<b>A</b>	<b>Informacje ogólne</b>			
	Data wpływu do Oddziału:	Nr archiwum	Pieczęć Oddziału/Przedstawicielstwa/Agenta	Data wpływu do Centrali
Pośrednik (nazwa, ID)				
<input type="checkbox"/> Nowy wniosek		<input type="checkbox"/> Zmiana do polisy nr		
<b>B</b>	<b>Osoba 1 – Ubezpieczający/Ubezpieczony</b>		<b>Osoba 2 – Ubezpieczony</b>	
	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	
	Imię i nazwisko/Pełna nazwa Firmy		Imię i nazwisko	
	Adres zameldowania/Adres siedziby		Adres zameldowania	
	Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania		Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania	
	NIP (osoba prawna)		REGON (osoba prawna)	
	Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport		Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport	
	Seria i nr dowodu tożsamości		Seria i nr dowodu tożsamości	
	PESEL/Data urodzenia		PESEL/Data urodzenia	
	Adres e-mail		Adres e-mail	
Telefon		Telefon		
Zawód wykonywany/specjalizacja		Zawód wykonywany/specjalizacja		
Nazwa banku i numer konta		Nazwa banku i numer konta		
Ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczającego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		Stopień pokrewieństwa w stosunku do Ubezpieczającego		
Ubezpieczenie zawierane na rzecz osoby trzeciej <input type="checkbox"/> TAK (proszę wypełnić punkt B) <input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> mąż/zona <input type="checkbox"/> córka/syn inny <input type="text"/>		
		(jaki ?)		
<b>C</b>	<b>Zakres ubezpieczenia i wysokość składki - Osoba 1</b>		<b>Zakres ubezpieczenia i wysokość składki - Osoba 1</b>	
	<b>A. Wysokość świadczenia dziennego</b>		<b>A. Wysokość świadczenia dziennego</b>	
	<input type="checkbox"/> 150 PLN (kwota gwarantowana)		<input type="checkbox"/> 150 PLN (kwota gwarantowana)	
	<input type="checkbox"/> 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)		<input type="checkbox"/> 300 PLN (suma kwoty gwarantowanej i doubezpieczenia)	
	proszę o podpisanie oświadczenia w punkcie B		proszę o podpisanie oświadczenia w punkcie B	
	<b>B. Oświadczenie Ubezpieczonego (dotyczy świadczenia dziennego 300 PLN):</b>		<b>B. Oświadczenie Ubezpieczonego (dotyczy świadczenia dziennego 300 PLN):</b>	
	Ponieważ wnioskowana przeze mnie wysokość świadczenia dziennego w skali miesiąca wynosi 9 000 PLN oświadczam, że mój przychód z kontraktu/kontraktów jest wyższy niż ta kwota.		Ponieważ wnioskowana przeze mnie wysokość świadczenia dziennego w skali miesiąca wynosi 9 000 PLN oświadczam, że mój przychód z kontraktu/kontraktów jest wyższy niż ta kwota.	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Czytelny podpis Ubezpieczonego		Czytelny podpis Ubezpieczonego	
	<b>C. Wysokość składki</b>		<b>C. Wysokość składki</b>	
Składka miesięczna <input type="text"/> PLN		Składka miesięczna <input type="text"/> PLN		
Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna		Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna		
Składka do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki na ratalność) <input type="text"/> PLN		Składka do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki na ratalność) <input type="text"/> PLN		
<b>D</b>	<b>Początek ubezpieczenia</b>		<b>Początek ubezpieczenia</b>	
	Osoba 1 <input type="text"/>		Osoba 2 <input type="text"/>	
<b>E</b>	<b>Dane o kontrakcie – Osoba 1</b>		<b>Dane o kontrakcie – Osoba 2</b>	
	Aktualne dane dot. kontraktu/kontraktów zawartych przez Ubezpieczonego i aktualnych na dzień podpisania wniosku (nr kontraktu, strona kontraktu, data i miejsce podpisania).			
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		

F

## Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego

Osoba 1

Osoba 2

1. Czy obecnie występują lub w przeszłości występowały u Pani/Pana:

- a) choroby przewlekłe  
b) dolegliwości zdrowotne (w tym zaburzenia psychiczne)  
c) następstwa wypadku?  
Jeśli TAK - prosimy podać diagnozę i czas leczenia.

Tak  Nie  Tak  Nie   
Tak  Nie  Tak  Nie   
Tak  Nie  Tak  Nie

2. Czy w okresie ostatnich 10 lat miało lub ma miejsce lub czy jest planowane u Pani/Pana:

- a) leczenie w szpitalu  
b) diagnozowanie dolegliwości, jakichkolwiek objawów lub chorób  
c) leczenie operacyjne lub zabieg chirurgiczny  
d) leczenie dolegliwości lub chorób?  
Jeśli TAK - prosimy o przedłożenie karty leczenia lub karty wypisu ze szpitala, wyników badań lub podanie planowanego terminu leczenia/wykonania badań.

Tak  Nie  Tak  Nie   
Tak  Nie  Tak  Nie   
Tak  Nie  Tak  Nie   
Tak  Nie  Tak  Nie

3. Czy w okresie ostatnich 3 lat wystąpiła u Pani/Pana niezdolność do pracy dłuższa niż 15 dni?

Jeśli TAK - prosimy o podanie daty (od - do) i diagnozy.

Tak  Nie  Tak  Nie 

4. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/przyjmował Pani/Pan leki?

Jeśli TAK - prosimy podać nazwę leku, dawkę oraz w związku z jakim zachorowaniem był przyjmowany.

Tak  Nie  Tak  Nie 

5. Czy zostało stwierdzone u Pani / Pana zakażenie wirusem HIV lub WZW?

Tak  Nie  Tak  Nie 

6. Waga ciała

 kg  kg

7. Wzrost

 cm  cm

G

## Informacje szczegółowe dotyczące pytań części F, na które udzielono odpowiedzi „TAK”

Jeśli po zakończonym leczeniu wykonywane były badania kontrolne – prosimy o przedłożenie kopii wyników tych badań.

Nr osoby	Nr pytania	Czas leczenia (dd/mm/rrrr) od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Dane szczegółowe dotyczące ankiety medycznej (diagnoza, dane lekarza prowadzącego leczenie, itp.)

Ilość załączników do wniosku (prosimy podać liczbę stron) 

Przed podpisaniem wniosku prosimy o uważne przeczytanie poniższych oświadczeń. Oświadczenia te stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. Kopię wniosku otrzyma Pani/Pan wraz z jego podpisaniem.

H

## Oświadczenia

## Oświadczenia Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:

Oświadczam, że udzieliłam/lem powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą, i że znane są mi sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

Oświadczam, że otrzymałam/lem tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Kontrakt stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz zapoznałam/lem się z nimi i zaakceptowałam/lem ich treść.

Przyjmuję do wiadomości, że podpisanie niniejszego wniosku nie zobowiązuje żadnej ze stron do zawarcia umowy ubezpieczenia.

## Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej:

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 Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nalogów oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku (ocena ryzyka) i innych dokumentach oraz weryfikacji dokumentów wniesionych w celu realizacji świadczenia (podstawa prawna Art. 40 ust. 2 pkt. 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2005r. Nr 226 poz. 1943).

Wyrażam również dobrowolnie zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 wniesionych przeze mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne lub osoby wykonujące zawód medyczny.

## Zgoda Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na udostępnienie dokumentacji medycznej:

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 7 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r. Nr 52 poz. 417, ze zm.).

## Zgody Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych, w szczególności danych dotyczących stanu mojego zdrowia i nalogów w celu realizacji umowy ubezpieczeniowej oraz w celach statystycznych, w zakresie wyszczególnionym w umowie ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją umowy ubezpieczenia, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów powiązanych z nim kapitałowo oraz z nim współpracujących na podstawie umowy.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów powiązanych z nim kapitałowo oraz z nim współpracujących na podstawie umowy\*.  
 Nie
- Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom stanowiącym jednostki powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz z nim współpracujące na podstawie umowy w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług\*.  
 Nie

\* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależniam się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o zaznaczenie powyżej pola NIE.

## Oświadczenia Ubezpieczyciela:

Na podstawie art. 24 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm., Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, informuje, że:

- jest administratorem Pani/Pana danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 Kodeksu Cywilnego, które będą przez nas przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia, w celach statystycznych oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów i usług,
- przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pani/Pana uprzedniej zgody.
- w celu realizacji umowy ubezpieczenia dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom stanowiącym jednostki powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz z nim współpracujące na podstawie umowy.

Wypełnia pośrednik:

Oświadczam, że dane osobowe sprawdziłem osobiście z okazaniem mi dowodem tożsamości numer: \_\_\_\_\_

Miejscowość, data, stempel i czytelny podpis pośrednika

Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego –  
– Osoba 1
Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczonego –  
– Osoba 2