



# Deklaracja Zgody na Przystąpienie do Grupowego Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

<b>A</b>	<b>Informacje ogólne</b>	Nr polisy/Nr wniosku		
	Nazwa Ubezpieczającego/piecątka Ubezpieczającego			
<b>B</b>	<b>Dane dotyczące Ubezpiezonego</b>			
	<input type="checkbox"/> Osoba pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym (np. umowa o pracę, kontrakt, członkostwo)			
	<input type="checkbox"/> Pełnoletnie dziecko Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)			
	<input type="checkbox"/> Współmałżonek Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)			
	<input type="checkbox"/> Partner życiowy Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)			
	Imiona			
	Nazwisko			
	Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania			
	Kod	Miejscowość		
	Telefon	e-mail		
	Pesel	Data zatrudnienia (dd/mm/rrrr)	Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową (dd/mm/rrrr)	
	Wykonywany zawód (stanowisko, ew. opis wykonywanej pracy)			
TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową współmałżonków, partnerów życiowych, pełnoletnich dzieci mających ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy lub wykonujących jeden z wymienionych zawodów lub czynności: górnik pracujący pod ziemią, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 230V, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, kaskader, pirotechnik, pracownik produkcji materiałów wybuchowych, korespondent wojenny, żołnierz misji wojskowych, saper, policjant – jednostki specjalne, funkcjonariusz służb specjalnych, marynarz, pracownik rybołówstwa, pilot testowy, personel samolotów, członek załogi helikoptera ratunkowego, ratownik górski i wodny, treser zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, osoba wykonująca pracę: na wysokościach powyżej 10 metrów, na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna.				
<b>C</b>	Czy chorował/a lub choruje Pan/i na którąkolwiek z wymienionych chorób lub występują u Pana/i wymienione dolegliwości:			
	Choroba nowotworowa,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Cukrzyca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Białaczka lub ziarnica	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Niewydolność lub torbielowatość nerek	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Choroba wieńcowa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Marskość wątroby	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Zawał serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Wada serca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Udar mózgu lub przejściowe niedokrwienie mózgu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	lub czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>D</b>	<b>Dane dotyczące Partnera życiowego Ubezpiezonego</b>			
	(Osoba niebędąca w formalnym związku małżeńskim z Ubezpieczonym, a pozostająca z nim we wspólnym pożyciu oraz prowadząca wspólne gospodarstwo domowe. Żadna z osób nie może pozostawać w formalnym związku małżeńskim, ani nie mogą być one ze sobą spokrewnione).			
	Imiona			
	Nazwisko			
Pesel				

**E**
**Uposażeni**

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

**F**
**Oświadczenia**
**Informacje Ubezpieczyciela**

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A., (Administradora danych) z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, w celu oceny ryzyka, obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia, w celu reasekuracji ryzyk oraz w celach analitycznych. Ponadto Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych takich jak np. informacje o stanie zdrowia i nalogach, mogą być przetwarzane przez Towarzystwo w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, jak również prawo do wyrażenia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych w celach marketingowych. Jednocześnie informujemy, że w celach związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia i w zakresie niezbędnym dla ich realizacji podane dane osobowe mogą być udostępniane innym podmiotom, w szczególności reasekuratorowi. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana dobrowolnej zgody Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych, zostaną udostępnione do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach marketingowych i analitycznych na potrzeby rozwoju produktów i usług własnych tego podmiotu.

**Zgody i oświadczenia Ubezpieczonego**

Oświadczam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji 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 (02-486), Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

TAK Wyrażam dobrowolnie zgodę na otrzymywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji związanych z zawarciem ze mną umowy ubezpieczenia i jej realizacją, przesyłanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 lub podmioty, które na podstawie umowy współpracują z Towarzystwem w procesie realizacji umowy ubezpieczenia.

W przypadku wyboru Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER GRUPA oświadczam, że przed wyrażeniem przeze mnie zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej/finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej 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 Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 16/2011 z dnia 16.06.2011 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Grupa Assistance/Assistance Plus zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 10/2013 z dnia 23.07.2013 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 15/2015 z dnia 22.12.2015 roku wraz z Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku.

W przypadku wyboru Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Grupa Plus oświadczam, że przed wyrażeniem przeze mnie zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej/finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej 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 Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 63/2016 z dnia 30.12.2016 roku.

Oświadczam, że zapoznałem 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.

**Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej**

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, 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 wysokości tego świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.).

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 (02-486), Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nalogów oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych w deklaracji zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie (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 (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 464 ze zm.).

Wyrażam również dobrowolnie zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, wniesionych przez mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne i osoby wykonujące zawód medyczny.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 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 (t.j. Dz. U. 2016, poz. 186 ze zm.), w celu weryfikacji informacji podanych w deklaracji zgody na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie i innych dokumentach przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości w następstwie zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 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 (t.j. Dz.U. z 2015 r., poz. 1844 ze zm.).

**Oświadczenia Ubezpieczonego**

TAK Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnianie moich danych osobowych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach analitycznych i marketingowych.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A.\* informacji handlowych poprzez urządzenie 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  wiadomości SMS/MMS  rozmowę telefoniczną

\* Zgoda na otrzymywanie informacji handlowych od TU INTER Polska S.A. jest skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na udostępnienie danych do tego podmiotu w celach marketingowych.

Miejsowość, data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

Pieczęć i podpis Ubezpieczającego