



## Wniosek o Zawarcie Grupowego Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

<b>A</b>	Centrala/Oddział/ Przedstawicielstwo	Nazwa <input type="text"/>	Nr wniosku <input type="text"/>
		Pośrednik imię i nazwisko/nazwa <input type="text"/>	Nr Polisy <input type="text"/>
* niepotrzebne skreślić			

wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń  
INTER-ŻYCIE Polska S.A.

<b>B</b>	<b>Ubezpieczający</b>			
	Nazwa <input type="text"/>			
	Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania <input type="text"/>			
	Kod <input type="text"/>	Miejscowość <input type="text"/>		
	Telefon <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>	
	Rodzaj prowadzonej działalności <input type="text"/>			
	NIP <input type="text"/>			REGON <input type="text"/>
	Imię i nazwisko administratora umowy <input type="text"/>			
	Telefon <input type="text"/>	Fax <input type="text"/>	e-mail <input type="text"/>	
			Liczba osób fizycznych pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku prawnym	Liczba osób przystępujących do ubezpieczenia
W ramach umowy o pracę		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
W formie kontraktu		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Pozostałe umowy cywilno-prawne		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rodzina/Partner Ubezpieczonego		<input type="text"/>	<input type="text"/>	

<b>C</b>	<b>Zakres podstawowy</b>	Suma ubezpieczenia <input type="text"/>
	Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową dd/mm/rrrr <input type="text"/>	Śmierć ubezpieczonego <input type="text"/>

<b>D</b>	<input type="checkbox"/> 1. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 21. Pobyt Ubezpieczonego w Sanatorium
	<input type="checkbox"/> 2. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego	<input type="checkbox"/> 22. Śmierć Współmałżonka
	<input type="checkbox"/> 3. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku przy Pracy	<input type="checkbox"/> 23. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 4. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego przy Pracy	<input type="checkbox"/> 24. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku Komunikacyjnego
	<input type="checkbox"/> 5. Śmierć Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu	<input type="checkbox"/> 25. Śmierć Współmałżonka w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu
	<input type="checkbox"/> 6. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 26. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 7. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu	<input type="checkbox"/> 27. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Współmałżonka w Wyniku Zawału Serca lub Udaru Mózgu
	<input type="checkbox"/> 8. Trwale Inwalidztwo Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 28. Trwale Inwalidztwo Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 9. Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy	<input type="checkbox"/> 29. Poważne Zachorowanie Współmałżonka (wariant A)
	<input type="checkbox"/> 10. Całkowita i Trwała Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	<input type="checkbox"/> 30. Poważne Zachorowanie Współmałżonka (wariant B)
	<input type="checkbox"/> 11. Niezdolność Ubezpieczonego do Samodzielnej Egzystencji	<input type="checkbox"/> 31. Wystąpienie Nowotworu u Współmałżonka
	<input type="checkbox"/> 12. Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego (wariant A)	<input type="checkbox"/> 32. Wystąpienie Choroby Zakaźnej u Współmałżonka
	<input type="checkbox"/> 13. Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego (wariant B)	<input type="checkbox"/> 33. Operacja Chirurgiczna Współmałżonka
	<input type="checkbox"/> 14. Wystąpienie Nowotworu u Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> 34. Pobytu w Szpitalu Współmałżonka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 15. Wystąpienie Choroby Zakaźnej u Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> 35. Pobyt Współmałżonka na OIOM
	<input type="checkbox"/> 16. Leczenie Specjalistyczne Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> 36. Śmierć Dziecka
	<input type="checkbox"/> 17. Operacja Chirurgiczna Ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> 37. Śmierć Dziecka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 18. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja A)	<input type="checkbox"/> 38. Śmierć Dziecka w Wyniku Wypadku Komunikacyjnego
	<input type="checkbox"/> 19. Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – (Hospitalizacja B)	<input type="checkbox"/> 39. Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Dziecka w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
	<input type="checkbox"/> 20. Świadczenie Apteczne	<input type="checkbox"/> 40. Poważne Zachorowanie Dziecka
		<input type="checkbox"/> 41. Pobyt Dziecka w Szpitalu w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 42. Pobyt Dziecka na OIOM   | <input type="checkbox"/> 52. Trwale Uszkodzenie Słuchu w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Hałas Ultradźwiękowy Podczas Wykonywania Pracy                           |
| <input type="checkbox"/> 43. Urodzenie Dziecka   | <input type="checkbox"/> 53. Zatrucie Ubezpieczonego w Wyniku Ekspozycji na Substancje Chemiczne Wykorzystywane Podczas Wykonywania Pracy                             |
| <input type="checkbox"/> 44. Urodzenie Martwego Dziecka  | <input type="checkbox"/> 54. Uraz Kręgosłupa u Ubezpieczonego w Trakcie Wykonywania Pracy   |
| <input type="checkbox"/> 45. Urodzenia Dziecka z Wadą Wrodzoną   | <input type="checkbox"/> 55. Poważne Zachorowanie Personelu Medycznego  |
| <input type="checkbox"/> 46. Urodzenie Dziecka z Niską Punkcją w Skali APGAR   | <input type="checkbox"/> 56. Doraźna Pomoc Psychologiczna na Wypadek Stwierdzenia u Ubezpieczonego „Wtórne Zespołu Stresu Pourazowego” w Związku z Wykonywaniem Pracy |
| <input type="checkbox"/> 47. Osierocenie Dziecka   | <input type="checkbox"/> 57. obrażenia Ciała Ubezpieczonego Spowodowane Bezpośrednią Fizyczną Agresją Osób Trzecich w Miejscu Wykonywania Pracy                       |
| <input type="checkbox"/> 48. Śmierć Rodzica lub Teścia   | <input type="checkbox"/> 58. Assistance Medyczny  |
| <input type="checkbox"/> 49. Śmierć Rodzica lub Teścia w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku  | <input type="checkbox"/> 59. Assistance Medyczny Plus   |
| <input type="checkbox"/> 50. Złamanie Kości u Ubezpieczonego w Wyniku Nieszczęśliwego Wypadku  |   |
| <input type="checkbox"/> 51. Trwale Uszkodzenie Wzroku w Wyniku Ekspozycji Ubezpieczonego na Promieniowanie Laserowe Podczas Wykonywania Pracy |   |

**E**

### Składka ubezpieczeniowa

Wysokość składki od jednego Ubezpieczonego

Platność  miesięczna

**F**

### Oferta

Wniosek przygotowano na podstawie oferty nr / Wariantu MSP nr

**G**

### Uwagi

**H**

### 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 Ubezpieczającego

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

Oświadczam, że wszelkie dane zawarte we wniosku ubezpieczeniowym 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 zawarciem umowy ubezpieczenia 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 Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU 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 TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 10/2013 z dnia 23.07.2013 roku wraz z Aneksem nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nr 15/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń 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 Grupowego Ubezpieczenia na Życie INTER Grupa Plus oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia 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 30.12.2016r., 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.

#### Oświadczenia Ubezpieczającego

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 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	wiadomości SMS/MMS	rozmowę telefoniczną
<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

\* 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.

Miejscowość, data

Pieczęć i podpis Ubezpieczającego

Czytelny podpis Pośrednika