Deklaracja Zgody na Przystąpienie do Grupowego Ubezpieczenia na Życie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A Informacje ogólne

Nazwa Ubezpieczającego/pieczątka Ubezpieczającego

Nr polisy/Nr wniosku

w przypadku nowych ubezpieczeń nr wniosku

Wysokość składki ubezpieczeniowej

B Dane dotyczące Ubezpieczonego

☐ Osoba pozostająca w stosunku prawnym z Ubezpieczającym (np. umowa o pracę, kontrakt, członkostwo)

☐ Pełnoletnie dziecko Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego)

☐ Współmałżonek Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego)

☐ Partner życiowy Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpieczonego)

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.

C

Czy chorował/a lub choruje Pan/i na którąkolwiek z wymienionych chorób lub występują u Pana/i wymienione dolegliwości:

Choroba nowotworowa,	☐ TAK	☐ NIE	Cukrzyca	☐ TAK	☐ NIE
Białaczka lub ziarnica	☐ TAK	☐ NIE	Niewydolność lub torbielowatość nerek	☐ TAK	☐ NIE
Choroba wieńcowa	☐ TAK	☐ NIE	Marskość wątroby	☐ TAK	☐ NIE
Zawał serca	☐ TAK	☐ NIE	Wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C	☐ TAK	☐ NIE
Wada serca	☐ TAK	☐ NIE	Uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych	☐ TAK	☐ NIE
Udar mózgu lub przejściowe niedokrwienie mózgu	☐ TAK	☐ NIE	lub czy jest Pan/i nosicielem wirusa HIV?	☐ TAK	☐ NIE

D Dane dotyczące Partnera życiowego Ubezpieczonego

(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

BUZ/GUZ/DEKZ/8.00

E Uposażeni

Imiona	Nazwisko	PESEL lub data urodzenia											% świadczenia
		rok		miesiąc		dzień							
												Razem	100%

F Oświadczenia

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 (02-305), Al. Jerozolimskie 142B o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

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 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 Aneksem 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 oraz treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER 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 51/2015 z dnia 22.12.2015 roku oraz Aneksem nr 2 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu TU 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 Aneksem 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 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 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 dentystów 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 w deklaracji (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 dentysty.

Wyrażam zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wniesionych przeze 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 w deklaracji 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 UBEZPIECZONEGO

Wyrażam zgodę na przesyłanie 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.

Ubezpieczony - ☐ 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.

Ubezpieczony - ☐ TAK ☐ NIE

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

Ubezpieczony - ☐ 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	wiadomości SMS/MMS	rozmowę telefoniczną
Ubezpieczony - ☐ TAK ☐ NIE	**Ubezpieczony - ☐ TAK ☐ NIE**	**Ubezpieczony - ☐ 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	Czytelny podpis Ubezpieczonego	Pieczęć i podpis Ubezpieczającego