



ID Pośrednika	Imię i nazwisko lub nazwa pośrednika	Dane/pieczęć jednostki INTER Polska
ID O.W.C.A.	Imię i nazwisko O.W.C.A.	

Wniosek o zawarcie ubezpieczenia INTER Medicus

Nowy wniosek Zmiana do polisy nr

A	
Osoba 1 – Ubezpieczający/Ubezpieczony Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Osoba 2 – Ubezpieczony Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Imię i nazwisko/Pełna nazwa Firmy	Imię i nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres zameldowania/Adres siedziby	Adres zameldowania
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania	Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NIP (osoba prawna) <input type="text"/>	REGON (osoba prawna) <input type="text"/>
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 <input type="text"/>	Seria i nr dowodu tożsamości <input type="text"/>
PESEL <input type="text"/>	PESEL <input type="text"/>
Adres e-mail <input type="text"/>	Adres e-mail <input type="text"/>
Telefon <input type="text"/>	Telefon <input type="text"/>
Zawód wykonywany <input type="text"/>	Zawód wykonywany <input type="text"/>
Nazwa banku i numer konta <input type="text"/>	Nazwa banku i numer konta <input type="text"/>
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 (prosimy wypełnić punkt A - Osoba 2) <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> mąż/zona <input type="checkbox"/> córka/syn <input type="checkbox"/> inny <input type="text"/> (jaki?)

B	
Zakres ubezpieczenia i wysokość składki – Osoba 1	Zakres ubezpieczenia i wysokość składki – Osoba 2
A. Wysokość świadczenia dziennego	A. Wysokość świadczenia dziennego
INTER Medicus* <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 200 PLN <input type="checkbox"/> 300 PLN	INTER Medicus* <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 200 PLN <input type="checkbox"/> 300 PLN
INTER Medicus NNW <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 200 PLN <input type="checkbox"/> 300 PLN	INTER Medicus NNW <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 200 PLN <input type="checkbox"/> 300 PLN
* prosimy wypełnić część D Wniosku	* prosimy wypełnić część D Wniosku
B. Wysokość składki	B. Wysokość składki
Składka miesięczna <input type="text"/> PLN	Składka miesięczna <input type="text"/> PLN
Platność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna	Platność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna
Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratalność) <input type="text"/> PLN	Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratalność) <input type="text"/> PLN
C	C
Początek ubezpieczenia	Początek ubezpieczenia
Osoba 1 <input type="text"/>	Osoba 2 <input type="text"/>

D

Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego

(wypełnić dla wariantów INTER Medicus 100 PLN, 200 PLN, 300 PLN)

Osoba 1

Osoba 2

1. Czy obecnie występują lub w okresie ostatnich 10 lat 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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

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 <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

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

Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

6. Waga ciała

<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	kg
----------------------	----	----------------------	----

7. Wzrost

<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	cm
----------------------	----	----------------------	----

E

Informacje szczegółowe dotyczące pytań części D Wniosku, 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)		Dane szczegółowe dotyczące ankiety medycznej (diagnoza, dane lekarza prowadzącego leczenie, itp.)
		od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	

Ilość załączników do wniosku (prosimy podać liczbę stron)

Imię, nazwisko, adres i telefon lekarza pierwszego kontaktu/rodzinnego:

Osoba 1

Osoba 2

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.

F

Oświadczenia

Informacje Ubezpieczyciela

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A., (Administratora 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, w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług oraz innych prawnie usprawiedliwionych celach Administratora danych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia podane dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom współpracującym na podstawie umowy.

Zgody i oświadczenia Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

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

Oświadczam, że podane przez mnie we wniosku ubezpieczeniowym dane są aktualne, prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zatajenia lub podania nieaktualnych lub nieprawdziwych danych odpowiedzialność Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. jest ograniczona zgodnie z art. 815 § 3 Kodeksu cywilnego. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172, o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją zawartej umowy ubezpieczenia, w tym zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o oświadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 oraz od innych podmiotów współpracujących na podstawie umowy w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że otrzymałam/ęm, zapoznałam/ęm się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Medicus zatwierdzonych Uchwałą nr 63/2016 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 21.09.2016 r. na podstawie których wnioskuje o zawarcie umowy.

Oświadczam, że zapoznałam/ęm 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 Ubezpieczonego o zwolnieniu z 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 (02-486), Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nalogów oraz procesu leczenia, w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku (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).

Wyrażam również dobrowolnie zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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 w celu oceny ryzyka i realizacji świadczenia.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER 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. 2012, poz. 159), w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku i innych dokumentach przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w celu ustalenia prawa do świadczenia i jego wysokości.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska 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 odszkodowania lub świadczenia.

Zgody Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnianie moich danych osobowych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 w celach analitycznych i marketingowych oraz na przetwarzanie przez Administratora danych oraz Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych w celach marketingowych również w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. TAK

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, przesyłanych za pomocą środków komunikacji elektronicznej, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422) w celach marketingu własnego produktów i usług. TAK

Wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 16.07.2004 r. prawo telekomunikacyjne (t.j. Dz. U. z 2014 r., poz. 243). TAK

W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody Pani/Pana dane będą udostępniane przez Administratora danych Towarzystwu Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, ich poprawiania oraz prawo pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również sprzeciwu, które to uprawnienia przysługują w stosunku do w/w podmiotu.

Wypełnia pośrednik
Oświadczam, że dane osobowe sprawdziłem osobiście z okazanym 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