

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 zdrowotnego INTER VISION

Nowy wniosek  Zmiana do polisy nr

<b>A</b> <b>Osoba 1 – Ubezpieczający/Ubezpieczony</b> Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Imię i nazwisko/Pełna nazwa Firmy <input type="text"/> Adres zameldowania/Adres siedziby <input type="text"/> Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż zameldowania) <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 Seria i nr dowodu tożsamości <input type="text"/> PESEL/Data urodzenia <input type="text"/> Adres e-mail <input type="text"/> Telefon <input type="text"/> Nazwa banku i numer konta <input type="text"/> Ubezpieczenie zawierane na rzecz ubezpieczającego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Ubezpieczenie zawierane na rzecz osoby trzeciej <input type="checkbox"/> TAK (proszę wypełnić punkt A - Osoba 2) <input type="checkbox"/> NIE	<b>Osoba 2 – Ubezpieczony</b> Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M Imię i nazwisko <input type="text"/> Adres zameldowania <input type="text"/> Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli jest inny niż zameldowania) <input type="text"/> Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport Seria i nr dowodu tożsamości <input type="text"/> PESEL/Data urodzenia <input type="text"/> Adres e-mail <input type="text"/> Telefon <input type="text"/> Nazwa banku i numer konta <input type="text"/> Stopień pokrewieństwa w stosunku do ubezpieczającego <input type="checkbox"/> mąż/zona <input type="checkbox"/> córka/syn <input type="checkbox"/> inny <input type="text"/> (jaki?)
---	---

<b>B</b> <b>Zakres ubezpieczenia i wysokość składki – Osoba 1</b> 1) INTER VISION <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Diamond <input type="text"/> PLN <b>UBEZPIECZENIA DODATKOWE</b> 2) Dzienny zasiłek szpitalny <input type="checkbox"/> 50 PLN <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 150 PLN <input type="text"/> PLN 3) Koszty leczenia za granicą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 4) Protetyka w następstwie NW <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 5) Powtórna opinia medyczna <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN (Best Doctors) 6) Medycyna pracy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 7) Rehabilitacja <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 8) Następstwa nieszczęśliwych wypadków SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN <input type="text"/> PLN 9) Poważne zachorowania SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN <input type="text"/> PLN 10) Operacje SU: <input type="checkbox"/> 5 000 PLN <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="text"/> PLN <b>Składka miesięczna</b> <input type="text"/> PLN Płatność <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna Zniżka <input type="checkbox"/> rodzinna <input type="checkbox"/> partnerska <b>Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżek/zwyżek)</b> <input type="text"/> PLN	<b>Zakres ubezpieczenia i wysokość składki – Osoba 2</b> 1) INTER VISION <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Diamond <input type="text"/> PLN <b>UBEZPIECZENIA DODATKOWE</b> 2) Dzienny zasiłek szpitalny <input type="checkbox"/> 50 PLN <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 150 PLN <input type="text"/> PLN 3) Koszty leczenia za granicą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 4) Protetyka w następstwie NW <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 5) Powtórna opinia medyczna <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN (Best Doctors) 6) Medycyna pracy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 7) Rehabilitacja <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="text"/> PLN 8) Następstwa nieszczęśliwych wypadków SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN <input type="text"/> PLN 9) Poważne zachorowania SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN <input type="text"/> PLN 10) Operacje SU: <input type="checkbox"/> 5 000 PLN <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="text"/> PLN <b>Składka miesięczna</b> <input type="text"/> PLN Płatność <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna Zniżka <input type="checkbox"/> rodzinna <input type="checkbox"/> partnerska <b>Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżek/zwyżek)</b> <input type="text"/> PLN
--	--

<b>Dane Uprawnionego</b> (wypełnić przy wyborze ubezpieczenia dodatkowego 8-10) 1. Imię i nazwisko <input type="text"/> PESEL/data ur. <input type="text"/> % świadczenia <input type="text"/> 2. Imię i nazwisko <input type="text"/> PESEL/data ur. <input type="text"/> % świadczenia <input type="text"/>	<b>Dane Uprawnionego</b> (wypełnić przy wyborze ubezpieczenia dodatkowego 8-10) 1. Imię i nazwisko <input type="text"/> PESEL/data ur. <input type="text"/> % świadczenia <input type="text"/> 2. Imię i nazwisko <input type="text"/> PESEL/data ur. <input type="text"/> % świadczenia <input type="text"/>
---	---

<b>C</b> <b>Wykup ogólnego okresu karencji (jedenrazowa składka, OWU § 11.5)</b> Osoba 1 <input type="text"/> 0 0 PLN	Osoba 2 <input type="text"/> 0 0 PLN
---	--------------------------------------

<b>D</b> <b>Początek ubezpieczenia</b> Osoba 1 <input type="text"/>	<b>Początek ubezpieczenia</b> Osoba 2 <input type="text"/>
---	---

## Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego

Osoba 1

Osoba 2

1. Czy obecnie występują lub w okresie ostatnich 10 lat występowały u Pani/Pana:

a) choroby przewlekłe Tak  Nie  Tak  Nie

b) dolegliwości zdrowotne (w tym zaburzenia psychiczne) Tak  Nie  Tak  Nie

c) następstwa wypadku? Tak  Nie  Tak  Nie

Jeśli TAK – prosimy podać diagnozę i czas leczenia.

2. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 30 dni jest lub był/a Pan/Pani objęta kwarantanną?  
Jeśli TAK – to z jakiego powodu? W jakim okresie trwała kwarantanna? Tak  Nie  Tak  Nie

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

a) leczenie w szpitalu Tak  Nie  Tak  Nie

b) diagnozowanie dolegliwości, jakichkolwiek objawów lub chorób Tak  Nie  Tak  Nie

c) leczenie operacyjne lub zabieg chirurgiczny Tak  Nie  Tak  Nie

d) leczenie dolegliwości lub chorób? Tak  Nie  Tak  Nie

Jeśli TAK – prosimy o przedłożenie karty leczenia lub karty wypisu ze szpitala, wyników badań lub podanie planowanego terminu leczenia/wykonania badań.

4. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy przebywała/przebywał Pani/Pan na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni?  
Jeśli TAK – prosimy o podanie daty (od – do) i diagnozy. Tak  Nie  Tak  Nie

5. 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

6. Czy zostało stwierdzone u Pani/Pana zakażenie wirusem HIV lub WZW? Tak  Nie  Tak  Nie

7. Waga ciała  kg  kg

8. Wzrost  cm  cm

9. Dentystryka

a) Czy zostały Pani/Panu usunięte zęby (za wyjątkiem zębów mlecznych i mądrości)? Tak  Nie  Tak  Nie

Liczba brakujących i niezastąpionych zębów (zwykła za każdy brakujący i niezastąpiony ząb w INTER VISION Gold – 5 PLN, w INTER VISION Diamond – 10 PLN)

b) Czy stwierdzona została choroba przyzębia? Tak  Nie  Tak  Nie

c) Czy stwierdzone zostało nieprawidłowe ustawienie zębów? (dotyczy osób do 18 roku życia) Tak  Nie  Tak  Nie

## Informacje szczegółowe dotyczące pytań 1 – 8, 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) 

## Prywatna opieka medyczna

Czy posiada lub posiadał/a Pani/Pan opiekę medyczną w formie ubezpieczenia lub abonamentu?

Jeśli TAK – prosimy o przedłożenie dokumentu potwierdzającego (kopia polisy/umowy, kopia zerwania umowy).

Osoba 1

Osoba 2

Tak  Nie  Tak  Nie 

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.

## Oświadczenia

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

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER VISION wraz z Aneksami oraz z warunkami odpowiednich ubezpieczeń dodatkowych, na podstawie których wnioskuję o zawarcie umowy.

Oświadczam, że zapoznałem/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.

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia została mi przekazana pełna informacja o przetwarzaniu danych osobowych.

## Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej

**Wyrażam zgodę** na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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 wysokości tego świadczenia, zgodnie z art. 38 ust. 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.**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 (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nałogów oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku ubezpieczeniowym (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).**Wyrażam zgodę** na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-305), Al. Jerozolimskie 142B, 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 zgodę** na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER 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 we wniosku ubezpieczeniowym 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 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 UBEZPIEZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO:**

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów dotyczących wnioskowanej lub zawartej z TU INTER 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 przez mnie adres poczty elektronicznej lub numer telefonu.

**Osoba 1** -  TAK  NIE  
**Osoba 2** -  TAK  NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych w Bazie Kontaktowej spółek TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.

**Osoba 1** -  TAK  NIE  
**Osoba 2** -  TAK  NIE

W przypadku zaznaczenia powyższej zgody spółki TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. będą przetwarzały Pani/Pana dane osobowe (dane identyfikacyjne, kontaktowe) we własnych celach marketingowych w ramach prowadzonej wspólnie Bazy Kontaktowej. Prosimy o wskazanie poniżej jak możemy się w tym celu z Panią/Panem kontaktować.

**Wybierz formę kontaktu**

Zgadzam się* na otrzymywanie od TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. informacji handlowych i marketingowych, dotyczących produktów i usług tych Towarzystw, przekazywanych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych poprzez:	
<b>Osoba 1</b> - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <b>Osoba 2</b> - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	e-mail, Konto Klienta, powiadomienia web, w tym wiadomości przekazywane z użyciem automatycznych systemów wywołujących
<b>Osoba 1</b> - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <b>Osoba 2</b> - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	SMS i powiadomienia mobile, w tym wiadomości przekazywane z użyciem automatycznych systemów wywołujących
<b>Osoba 1</b> - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <b>Osoba 2</b> - <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	rozmowę telefoniczną z przedstawicielem

Udzielenie powyższych zgód marketingowych jest dobrowolne i mogą one zostać wycofane w dowolnym momencie, co nie wpłynie na legalność działań realizowanych na podstawie takiej zgody przed jej wycofaniem. W celu dostosowania naszej oferty do Pani/Pana potrzeb możemy stosować mechanizmy oparte na profilowaniu, jednak zawsze może Pani/Pan złożyć sprzeciw wobec profilowania w celach marketingowych.

\* Zgoda skuteczna jedynie w przypadku udzielenia zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych w Bazie Kontaktowej spółek TU INTER Polska S.A. i TU INTER-ŻYCIE Polska S.A.

Wypełnia pośrednik:  
 Oświadczam, że dane osobowe sprawdziłem osobiście z okazanym mi dowodem tożsamości numer: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Miejsowość, data, czytelny podpis pośrednika

\_\_\_\_\_  
 Miejsowość, data i czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpiezonego –  
 – Osoba 1

\_\_\_\_\_  
 Miejsowość, data i czytelny podpis Ubezpiezonego –  
 – Osoba 2  
 (jeśli Ubezpieczony jest inny niż Ubezpieczający;  
 za niepełnoletnie dziecko wniosek podpisuje rodzic lub opiekun prawny)