



ID Pośrednika	Imię i nazwisko lub nazwa pośrednika <b>EKSPERT</b>	
ID O.W.C.A. <b>58471</b>	Imię i nazwisko O.W.C.A. <b>MAREK ANGROT</b>	Dane/pieczęć jednostki INTER Polska

## Wniosek o zawarcie ubezpieczenia INTER Medicus

Nowy wniosek  Zmiana do polisy nr

A	Osoba 1 – Ubezpieczający/Ubezpieczony	Osoba 2 – Ubezpieczony
	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
	Imię i nazwisko/Pełna nazwa Firmy	Imię i nazwisko
	Adres zameldowania/Adres siedziby	Adres zameldowania
	Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania	Adres korespondencyjny/Miejsce zamieszkania
	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"/> PESEL <input type="text"/>	Seria i nr dowodu tożsamości <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"/>
	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/żona <input type="checkbox"/> córka/syn inny <input type="text"/> (jaki?)

B	Zakres ubezpieczenia i wysokość składki – Osoba 1	Zakres ubezpieczenia i wysokość składki – Osoba 2
	<b>A. Wysokość świadczenia dziennego</b>	<b>A. Wysokość świadczenia dziennego</b>
	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>B. Wysokość składki</b>	<b>B. Wysokość składki</b>
	Składka miesięczna <input type="text"/> PLN	Składka miesięczna <input type="text"/> PLN
	Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna	Płatność: <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna
	Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratałość) <input type="text"/> PLN	Rata składki do zapłaty (z uwzględnieniem zniżki za ratałość) <input type="text"/> PLN

C	Początek ubezpieczenia	Początek ubezpieczenia
	Osoba 1 <input type="text"/> 0 1 <input type="text"/> 2 0 <input type="text"/>	Osoba 2 <input type="text"/> 0 1 <input type="text"/> 2 0 <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	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	b) dolegliwości zdrowotne (w tym zaburzenia psychiczne)	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	c) następstwa wypadku?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK - prosimy podać diagnozę i czas leczenia.		
	2. Czy w okresie ostatnich 10 lat miało lub ma miejsce lub czy jest planowane u Pani/Pana:		
	a) leczenie w szpitalu	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	b) diagnozowanie dolegliwości, jakichkolwiek objawów lub chorób	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	c) leczenie operacyjne lub zabieg chirurgiczny	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	d) leczenie dolegliwości lub chorób?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK - prosimy o przedłożenie karty leczenia lub karty wypisu ze szpitala, wyników badań lub podanie planowanego terminu leczenia/wykonania badań.		

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) 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)

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. (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 i podmiotom wykonującym działalność leczniczą. W przypadku wyrażenia przez Panią/Pana dobrowolnej zgody Pani/Pana dane osobowe, z wyłączeniem danych wrażliwych, zostaną udostępnione do Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE 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 / 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 na wskazany przeze mnie adres e-mail informacji związanych z zawarciem ze mną umowy ubezpieczenia i jej realizacją, przesyłanych przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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.

Osoba 1 -  TAK  NIEOsoba 2 -  TAK  NIE

- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem, zapoznałem się i akceptuję treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia INTER Medicus zatwierdzonych Uchwałą nr 63/2016 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 21.09.2016r. oraz Aneksu do ww. OWU zatwierzonego Uchwałą nr 94/2016 Zarządu TU INTER Polska S.A. z dnia 30.12.2016 r., na podstawie których wnioskuje o zawarcie umowy.
- 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 Ubezpieczonego o zwolnieniu z zachowania tajemnicy lekarskiej**

- Wyrażam dobrowolnie zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER 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 wysokością 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 Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku (ocena ryzyka) i innych dokumentach oraz weryfikacji dokumentów wniesionych w celu realizacji świadczenia (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 zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, 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, 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 we wniosku 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 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 odszkodowania lub 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.).

**Zgody marketingowe Ubezpieczającego / Ubezpieczonego**

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

Osoba 1 -  TAK  NIEOsoba 2 -  TAK  NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie, od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE 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

Osoba 1 -  TAK  NIEOsoba 1 -  TAK  NIEOsoba 1 -  TAK  NIEOsoba 2 -  TAK  NIEOsoba 2 -  TAK  NIEOsoba 2 -  TAK  NIE

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

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

