

# Wniosek o zawarcie Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION

<b>A</b>	<b>Informacje ogólne</b>			
Data wpływu do Oddziału:		Data wpływu do Centrali:		
Pośrednik		Nr archiwum		
Pieczęć Oddziału/Przedstawicielstwa/Agenta				
<input type="checkbox"/> Nowy wniosek		<input type="checkbox"/> Zmiana do polisy nr _____		
<b>B</b>	<b>Osoba 1 – Ubezpieczający/Ubezpieczony</b>		<b>Osoba 2 – Ubezpieczony</b>	
Imię i nazwisko/Pelna nazwa Firmy		Imię i nazwisko		
Adres zameldowania/Adres siedziby		Adres zameldowania		
Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli inny niż zameldowania)		Adres korespondencyjny (wypełnić, jeśli inny niż zameldowania)		
NIP (osoba prawna) _____ REGON (osoba prawna) _____		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 _____ PESEL/Data urodzenia _____		
Seria i nr dowodu tożsamości _____ PESEL/Data urodzenia _____		Adres e-mail _____ Telefon _____		
Adres e-mail _____ Telefon _____		Zawód wykonywany _____		
Zawód wykonywany _____		Nazwa banku i numer konta _____		
Nazwa banku i numer konta _____		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 B) <input type="checkbox"/> NIE		Stopień pokrewieństwa w stosunku do ubezpieczającego		
		<input type="checkbox"/> mąż/zona <input type="checkbox"/> córka/syn <input type="checkbox"/> inny _____ (jaki?)		
		<input type="checkbox"/> partner/partnerka _____		
<b>C</b>	<b>Zakres ubezpieczenia i wysokość składki – Osoba 1</b>		<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 _____ PLN		1) INTER VISION <input type="checkbox"/> Basic <input type="checkbox"/> Silver <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Diamond _____ PLN		
<b>UBEZPIECZENIA DODATKOWE</b>		<b>UBEZPIECZENIA DODATKOWE</b>		
2) Dzienny zasiłek szpitalny <input type="checkbox"/> 50 PLN <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 150 PLN _____ PLN		2) Dzienny zasiłek szpitalny <input type="checkbox"/> 50 PLN <input type="checkbox"/> 100 PLN <input type="checkbox"/> 150 PLN _____ PLN		
3) Koszty leczenia za granicą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		3) Koszty leczenia za granicą <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		
4) Protetyka w następstwie NW <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		4) Protetyka w następstwie NW <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		
5) Powtórna opinia medyczna (Best Doctors) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		5) Powtórna opinia medyczna (Best Doctors) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		
6) Medycyna pracy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		6) Medycyna pracy <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		
7) Rehabilitacja <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		7) Rehabilitacja <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie _____ PLN		
8) Następstwa nieszczęśliwych wypadków SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN _____ PLN		8) Następstwa nieszczęśliwych wypadków SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN _____ PLN		
9) Poważne zachorowania SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN _____ PLN		9) Poważne zachorowania SU: <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN <input type="checkbox"/> 50 000 PLN _____ PLN		
10) Operacje SU: <input type="checkbox"/> 5 000 PLN <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN _____ PLN		10) Operacje SU: <input type="checkbox"/> 5 000 PLN <input type="checkbox"/> 10 000 PLN <input type="checkbox"/> 20 000 PLN _____ PLN		
<b>Składka miesięczna</b> _____ PLN		<b>Składka miesięczna</b> _____ 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		
Zniżka <input type="checkbox"/> rodzinna <input type="checkbox"/> partnerska		Zniżka <input type="checkbox"/> rodzinna <input type="checkbox"/> partnerska		
<b>Rata składki do zapłaty</b> (z uwzględnieniem zniżek/zwyżek) _____ PLN		<b>Rata składki do zapłaty</b> (z uwzględnieniem zniżek/zwyżek) _____ PLN		
<b>Dane Uprawnionego</b> (wypełnić przy wyborze ubezpieczenia dodatkowego 8-10)		<b>Dane Uprawnionego</b> (wypełnić przy wyborze ubezpieczenia dodatkowego 8-10)		
1. Imię i nazwisko _____		1. Imię i nazwisko _____		
PESEL/data ur. _____ % świadczenia _____		PESEL/data ur. _____ % świadczenia _____		
2. Imię i nazwisko _____		2. Imię i nazwisko _____		
PESEL/data ur. _____ % świadczenia _____		PESEL/data ur. _____ % świadczenia _____		
<b>C</b>	<b>Liczba osób ubezpieczonych</b> (razem z załącznikiem do wniosku) _____		<b>Składka łączna do zapłaty</b> (razem z załącznikiem do wniosku) _____ PLN	
<b>Wykup ogólnego okresu karencji</b> (jednorazowa składka, OWU § 11.5) Osoba 1 _____, 0 0 PLN		<b>Wykup ogólnego okresu karencji</b> (jednorazowa składka, OWU § 11.5) Osoba 2 _____, 0 0 PLN		
<b>D</b>	<b>Początek ubezpieczenia</b> Osoba 1 _____		<b>Początek ubezpieczenia</b> Osoba 2 _____	

E	Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego	Osoba 1	Osoba 2
	1. Czy obecnie występują lub w przeszłości 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 12 miesięcy przebywała/przebywał Pani/Pan na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK – prosimy o podanie daty (od – do) i diagnozy.		
	4. Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/przyjmował Pani/Pan leki?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Jeśli TAK – prosimy podać nazwę leku, dawkę oraz w związku z jakim zachorowaniem był przyjmowany.		
	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
	8. Dentystyka		
	a) Czy zostały Pani/Panu usunięte zęby (za wyjątkiem zębów mlecznych i mądrości)?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	Liczba brakujących i niezastąpionych zębów (zwykła za każdy brakujący i niezastąpiony ząb w INTER VISION Gold – 5 PLN, w INTER VISION Diamond – 10 PLN)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	b) Czy stwierdzona została choroba przyzębia?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	c) Czy stwierdzone zostało nieprawidłowe ustawienie zębów? (dotyczy osób do 18 roku życia)	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

**F Informacje szczegółowe dotyczące pytań 1 – 8, na które udzielono odpowiedzi „TAK”**  
Jeśli po zakończeniu leczenia 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)

G	Prywatna opieka medyczna	Osoba 1	Osoba 2
	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).	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

**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.**

**H Oświadczenia**

**Oświadczenia Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:**  
Oświadczam, że udzieliłam/lem powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą, i że znane są mi sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka. Zobowiązuję się informować Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

Oświadczam, że otrzymałam/lem tekst Ogólnych i Szczególnych Warunków Ubezpieczenia zdrowotnego INTER VISION wraz z warunkami odpowiednich ubezpieczeń dodatkowych stanowiącymi podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz zapoznałam/lem się z nimi i zaakceptowałam/lem ich treść.

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

**Oświadczenie Ubezpieczonego o zwolnieniu z obowiązku 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, Al. Jerozolimskie 172 wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nalogów 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 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2005r. Nr 226 poz. 1943).

Wyrażam również dobrowolnie zgodę na weryfikację przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 wniesionych przeze mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne lub osoby wykonujące zawód medyczny.

**Zgoda Ubezpieczającego/Ubezpieczonego na udostępnienie dokumentacji medycznej:**  
Wyrażam dobrowolnie zgodę na udostępnienie Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych dokumentacji medycznej zgodnie z art. 26 ust. 3 pkt 7 Ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009r. Nr 52 poz. 417, ze zm.).

**Zgody Ubezpieczającego/Ubezpieczonego:**

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 moich danych osobowych, w szczególności danych dotyczących stanu mojego zdrowia i nalogów w celu realizacji umowy ubezpieczeniowej oraz w celach statystycznych, w zakresie wyszczególnionym w umowie ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji związanych z realizacją umowy ubezpieczenia, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów powiązanych z nim kapitałowo oraz z nim współpracujących na podstawie umowy.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowych, w tym zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.), od Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz podmiotów powiązanych z nim kapitałowo oraz z nim współpracujących na podstawie umowy\*.  
 NIE
- Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom stanowiącym jednostki powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz z nim współpracującą na podstawie umowy w celu oferowania przez te podmioty produktów i usług\*.  
 NIE

\* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczającego na treść powyższej klauzuli, prosimy o zaznaczenie powyżej pola NIE.

**Oświadczenia Ubezpieczyciela:**

Na podstawie art. 24 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926 z późn. zm., Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172, informuje, że:  
– jest administratorem Pani/Pana danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 Kodeksu Cywilnego, które będą przez nas przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia, w celach statystycznych oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów i usług,  
– przysługuje Pani/Panu prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pani/Pana uprzedniej zgody.  
– w celu realizacji umowy ubezpieczenia dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom stanowiącym jednostki powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 172 oraz z nim współpracującą na podstawie umowy.

<p style="text-align: center;">Wypełnia pośrednik:</p> <p>Oświadczam, że dane osobowe sprawdziłem osobiście z okazanym mi dowodem tożsamości numer: _____</p>	<p style="text-align: center;">Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego – – Osoba 1</p>	<p style="text-align: center;">Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczonego – – Osoba 2</p> <p style="text-align: center;">(jeśli Ubezpieczony jest inny niż Ubezpieczający; za niepełnoletnie dziecko wniosek podpisuje rodzic lub opiekun prawny)</p>
Miejscowość, data, czytelny podpis pośrednika		