



Wniosek o Ubezpieczenie INTER Ochrona HIV/WZW

A Informacje ogólne

Data wpływu do Oddziału:	Data wpływu do Centrali:	Oddział zawierający umowę:	Pieczęć Oddziału/Przedstawicielstwa/Agenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pośrednik		REGON:	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Rodzaj ubezpieczenia	Numer poprzedniej polisy	Numer aktualnej polisy	Imię i nazwisko (nazwa) agenta/brokera
<input type="checkbox"/> Nowe <input type="checkbox"/> Wznowione <input type="checkbox"/> Doubezpieczenie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prosimy wybrać właściwe pole i zaznaczyć je znakiem Wniosek stanowi integralną część polisy nr _____

B Dane Ubezpieczającego

Imię i nazwisko/nazwa firmy <input type="text"/> Adres <input type="text"/> Adres do korespondencji <input type="text"/> E-mail <input type="text"/> <input type="checkbox"/> PESEL <input type="checkbox"/> REGON <input type="checkbox"/> NIP <input type="text"/> Seria i nr dowodu tożsamości <input type="text"/> Wspólnicy w spółce cywilnej: (imię, nazwisko, adres) <input type="text"/>	Dane Ubezpieczonego (jeżeli jest to osoba inna niż Ubezpieczający) Imię i nazwisko/nazwa firmy <input type="text"/> Adres <input type="text"/> Adres do korespondencji <input type="text"/> E-mail <input type="text"/> <input type="checkbox"/> PESEL <input type="checkbox"/> Seria i nr dokumentu tożsamości <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ubezpieczenie grupowe Prosimy załączyć listę Ubezpieczonych zawierających następujące dane: imię i nazwisko, adres, email, PESEL lub serię i nr dokumentu tożsamości.
---	---

C Wariant i sumy ubezpieczenia (proszę zaznaczyć jedno pole)

Rodzaj świadczenia	Sumy ubezpieczenia w zł							
	Wariant A				Wariant B			
	A – I <input type="checkbox"/>	A – II <input type="checkbox"/>	A – III <input type="checkbox"/>	A – IV <input type="checkbox"/>	B – I <input type="checkbox"/>	B – II <input type="checkbox"/>	B – III <input type="checkbox"/>	B – IV <input type="checkbox"/>
Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	1 500,00	1 500,00	1 500,00	1 500,00	1 500,00	1 500,00	1 500,00	1 500,00
Koszt leków antyretrowirusowych HIV	3 000,00	3 000,00	3 000,00	3 000,00	3 000,00	3 000,00	3 000,00	3 000,00
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	20 000,00	50 000,00	100 000,00	200 000,00	20 000,00	50 000,00	100 000,00	200 000,00
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00
NNW Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu	–	–	–	–	10 000,00	25 000,00	50 000,00	100 000,00
NNW Świadczenie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku	–	–	–	–	5 000,00	12 500,00	25 000,00	50 000,00

D Inne ubezpieczenia w INTER Polska
 Posiadam inne ubezpieczenie w INTER Polska, zawarte na okres 1 roku TAK
 NIE numer polisy

E Okres ubezpieczenia
 od do

F**Uprawniony**

Imię i nazwisko	PESEL

G**Liczba rat (proszę zaznaczyć jedno pole)**

- 1 rata – nie powoduje zmian wysokości składki
- 2 raty – nie powoduje zmian wysokości składki
- 4 raty – zwwyżka składki o 10 %

H**Oświadczenia****OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA:**

Na podstawie art. 24 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. Ust. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późn. zmianami), 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 k.c., które będą przez nas przetwarzane w celu realizacji umowy ubezpieczenia 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 Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pani/Pana uprzedniej zgody.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO:

Oświadczam, że zostało mi okazane i zapoznałam/lem się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie oraz potwierdzam, że przed zawarciem umowy otrzymałam/lem tekst Szczególnych Warunków Ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznałam/lem się z nimi i zaakceptowałam/lem ich treść.

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.

Oświadczam, że wyrażam zgodę by moje dane osobowe, przekazane Towarzystwu Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, mogły być udostępnione Towarzystwu Ubezpieczeń INTER–Życie Polska S.A. z siedzibą w Warszawie do przetwarzania do celów marketingu bezpośredniego jego własnych 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.**

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczającego