

Data wpływu do Oddziału:	Data wpływu do Centrali:
____/____/____	____/____/____
Podrednik	Oddział zawierający umowę:
____	____

ACHTAMALKA
 Maria Łopuszyńska
 kom. 0-604-494-551

pieczęć Oddziału

WNIOSK

o zawarcie ubezpieczenia zdrowotnego VISION

nowy wniosek

zmiana do polisy VIS nr

A Osoba 1 - Ubezpieczający/Ubezpieczony: Płeć: K M

Imię i nazwisko/Pelna nazwa Firmy

Adres zameldowania / Adres siedziby

Adres korespondencyjny

NIP (osoba prawna) _____ REGON (osoba prawna) _____
 Seria i nr dowodu tożsamości _____ PESEL _____

Adres e-mail _____ Telefon _____

Zawód wykonywany

Nazwa banku i numer konta

Ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczającego Tak Nie

Ubezpieczenie zawierane na rzecz osoby trzeciej Tak (proszę wypełnić punkt B)
 Nie

B Osoba 2 - Ubezpieczony: Płeć: K M

Imię i nazwisko

Adres zameldowania

Adres korespondencyjny

Seria i nr dowodu tożsamości _____ PESEL _____

Adres e-mail _____ Telefon _____

Zawód wykonywany

Nazwa banku i numer konta

Stopień pokrewieństwa w stosunku do Ubezpieczającego
 mąż/żona córka syn inny _____
 (jaki?)

C Zakres ubezpieczenia i wysokość składki

Osoba 1 Składka

1) VISION Basic Silver Gold Diamond _____ PLN

UBEZPIECZENIE DODATKOWE

2) Dzienny zasiłek szpitalny
 50 PLN 100 PLN 150 PLN _____ PLN

3) Koszty leczenia za granicą Tak Nie _____ PLN

4) Protetyka w następstwie NW Tak Nie _____ PLN

5) Powtórna opinia medyczna (Best Doctors) Tak Nie _____ PLN

6) Medycyna pracy Tak Nie _____ PLN

Przyznana zwolnienia/zniżka (zniżka 10% przy ubezpieczeniu rodziny) (w PLN lub%) _____

Łączna składka
 Płatność: miesięczna kwartalna półroczna roczna _____ PLN

Składka do zapłaty _____ PLN
zniżka 8% przy płatności rocznej, 5% przy płatności półrocznej

C Zakres ubezpieczenia i wysokość składki

Osoba 2 Składka

1) VISION Basic Silver Gold Diamond _____ PLN

UBEZPIECZENIE DODATKOWE

2) Dzienny zasiłek szpitalny
 50 PLN 100 PLN 150 PLN _____ PLN

3) Koszty leczenia za granicą Tak Nie _____ PLN

4) Protetyka w następstwie NW Tak Nie _____ PLN

5) Powtórna opinia medyczna (Best Doctors) Tak Nie _____ PLN

6) Medycyna pracy Tak Nie _____ PLN

Przyznana zwolnienia/zniżka (zniżka 10% przy ubezpieczeniu rodziny) (w PLN lub%) _____

Łączna składka
 Płatność: miesięczna kwartalna półroczna roczna _____ PLN

Składka do zapłaty _____ PLN
zniżka 8% przy płatności rocznej, 5% przy płatności półrocznej

Liczba osób ubezpieczonych (razem z załącznikami do wniosku) _____ Łączna składka do zapłaty (razem z załącznikami do wniosku) _____ PLN

Wykup ogólnego okresu karencji (jednorazowa opłata, OWU § 11.5) Osoba 1 _____ PLN Osoba 2 _____ PLN

D Początek ubezpieczenia Osoba 1 dd/mm/rrrr **0 1** / **2 0** Osoba 2 dd/mm/rrrr **0 1** / **2 0**

E Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego

1. Czy w chwili obecnej jest Pani / Pan w trakcie leczenia lub cierpi na jakieś dolegliwości zdrowotne?	Osoba 1	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Osoba 2	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2. Czy występowały lub występują u Pani / Pana choroby przewlekłe?	Osoba 1	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Osoba 2	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
3. Czy cierpi lub cierpiał/a Pani / Pan na choroby zawodowe lub inne związane z wykonywanym zawodem?	Osoba 1	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Osoba 2	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4. Czy w okresie ostatnich 10 lat była/a Pani/Pan leczona/y w szpitalu lub poddana/y operacji (także zabiegom chirurgicznym)? Jeśli TAK - konieczne jest przedłożenie karty leczenia lub karty wypisu ze szpitala.	Osoba 1	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Osoba 2	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

E Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego cd.

Osoba 1

Osoba 2

5. Czy w okresie ostatnich 5 lat wystąpiły u Pani/Pana i zostały stwierdzone lub leczone (także zapobiegawczo) jakiegokolwiek choroby, dolegliwości lub następstwa wypadku?
6. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/l Pani/Pan leki?
Jeśli TAK - prosimy podać nazwę leku, dawkę oraz w związku z jakim zachorowaniem był przyjmowany
7. Czy zostało stwierdzone u Pani/Pana zakażenie wirusem HIV lub zółtaczką typu C?
8. Czy istnieje u Pani/Pana wada wzroku?
Jeśli TAK, prosimy podać ilość dioptrii.
9. Czy jest Pani w ciąży?
Jeśli TAK, prosimy podać w którym miesiącu.
10. Waga ciała
Wzrost
11. Czy pali Pan/Pani papierosy?
12. a) Czy zostały Pani/Panu usunięte zęby (za wyjątkiem zębów mlecznych i mądrości)?
b) Liczba brakujących i niezastąpionych zębów? (zwykła za każdy brakujący i niezastąpiony ząb w VISION Gold - 5 PLN, w VISION Diamond - 10PLN)
c) Liczba zastąpionych zębów i liczba koron?
z tego ponad 5 lat temu
d) Czy stwierdzona została choroba przyzębia lub nieprawidłowe ustawienie zębów?
e) Czy w chwili obecnej jest Pan/Pani w trakcie leczenia dentystycznego (uzupełnianie ubytków, wstawianie koron, implantów, leczenie ortodontyczne, leczenia paradontozy)?
f) Czy wskazane w punkcie e) leczenie dentystyczne jest planowane lub zalecane? Jeśli Tak, proszę przedłożyć plan leczenia z kosztorysem (dla wariantu VISION SILVER, GOLD lub DIAMOND).

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"/>
L <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>	P <input type="checkbox"/>
Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	miesiąc	<input type="text"/>	miesiąc
<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	kg
<input type="text"/>	cm	<input type="text"/>	cm
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"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
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"/>

F Informacje szczegółowe dotyczące pytań 1-12, 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 (od/immv/cm) od do	Dane szczegółowe dotyczące ankiety medycznej (diagnoza, dane lekarza prowadzącego leczenie, itp.)

Uwaga! Jeśli powyższa tabela dotycząca informacji szczegółowych okazała się niewystarczająca do udzielenia wyczerpujących wyjaśnień, prosimy o załączenie dodatkowego podpisanego arkusza zawierającego numer pytania i wyjaśnienia.

Ilość załączników do wniosku (prosimy podać liczbę stron)

Imię i nazwisko, adres i telefon lekarza rodzinnego

Osoba 1	<input type="text"/>
Osoba 2	<input type="text"/>

G Prywatna opieka medyczna

Czy posiada posiadał/a Pan/Pani opiekę medyczną w formie ubezpieczenia lub abonamentu?
Jeżeli TAK - prosimy o przedłożenie dokumentu potwierdzającego (kopia polisy/umowy, kopia zerwania umowy).

Osoba 1	Osoba 2
Tak <input type="checkbox"/>	Tak <input type="checkbox"/>
Nie <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.

Oświadczenia:
Oświadczenie o zgodności danych
 Niniejszym oświadczam, że dane zawarte we wniosku są kompletne i zgodne z prawdą.
 Zgadzam się, aby wniosek ten, wraz z innymi informacjami dostarczonymi przeze mnie w załączeniu, był podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia.
 Zobowiązuję się informować TU INTER Polska S.A. z siedzibą: 02-674 Warszawa, ul. Marynarska 19 A, o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych, jeżeli wystąpią one przed lub po zawarciu umowy ubezpieczenia.
 Podpisanie niniejszego wniosku nie zobowiązuje żadnej ze stron do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Oświadczenie o zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej
 Zwalniam lekarzy, lekarzy dentyistów oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny, jak również placówki medyczne świadczące usługi zdrowotne z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, również w przypadku mojej śmierci oraz upoważniam je, aby udzieliły TU INTER Polska S.A. 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.
 Wyrażam również dobrowolnie zgodę na to, że TU INTER Polska S.A. sprawdza dokumenty przeze mnie wniesione (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumenty wydawane przez placówki medyczne lub osoby wykonujące zawód medyczny.

Przetwarzanie danych osobowych
 Niniejszym dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w szczególności danych dotyczących stanu mojego zdrowia i nalogów przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-674), ul. Marynarska 19A. Wyrażam również dobrowolną zgodę na udostępnienie moich danych osobowych podmiotom współpracującym z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz przesyłania danych za granicę w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia.
 Wyrażam dobrowolną zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez podmioty powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. w celach statystycznych.
 Zgodnie z treścią ustawy z dnia 29.08.1997 r. o "ochronie danych osobowych" (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) ubezpieczającemu i ubezpieczonemu przysługują prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.
 Wyrażam dobrowolną zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez podmioty powiązane kapitałowo z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. w celach marketingowych.

Wyrażam zgodę Nie wyrażam zgody.

Ubezpieczający/Ubezpieczony oświadcza, że otrzymał Ogólne i Szczególne Warunki Ubezpieczenia zdrowotnego VISION wraz z warunkami odpowiednich ubezpieczeń dodatkowych stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz zapoznał się z ich treścią.

Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego - Osoba 1

Miejscowość, data i czytelny podpis Ubezpieczonego - Osoba 2
 (jeśli Ubezpieczony jest inny niż Ubezpieczający; za niepełnoletnie dziecko wniosek podpisuje rodzic lub opiekun prawny)

Miejscowość, data, stempel i czytelny podpis pośrednika