

WNIOSK o ubezpieczenie INTER Ochrona HIV/WZW (indywidualny)

Informacje ogólne

Data wpływu do Oddziału	Data wpływu do Centrali	Oddział zawierający umowę	
Pośrednik Medbroker Sp. z o.o.		REGON	Pieczęć Oddziału / Przedstawicielstwa / Agenta
Rodzaj ubezpieczenia:	<input type="checkbox"/> nowe	<input type="checkbox"/> wznowione	<input type="checkbox"/> doubezpieczenie
Numer poprzedniej polisy		Numer aktualnej polisy	

Dane Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

Imię i nazwisko	
Adres	
Adres do korespondencji	
E-mail	
<input type="checkbox"/> PESEL, <input type="checkbox"/> REGON, <input type="checkbox"/> NIP	
Seria i nr dokumentu tożsamości	

Zakres i sumy ubezpieczenia

Badania na obecność wirusów HIV lub WZW	1 500,00 zł
Koszt leków antyretrowirusowych HIV	3 000,00 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia HIV	100 000,00 zł
Jednorazowe świadczenie z tytułu zakażenia WZW	10 000,00 zł

Okres ubezpieczenia od DD-MM-RR do DD-MM-RR

Oświadczenia

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA:

Na podstawie art. 24 Ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. Ust. nr 101 z 2002r. poz. 926 z późn. zmianami), Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, przy. al. Jerozolimskich 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/em 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/em tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznałam/em się z nimi i zaakceptowałam/em ich treść.

Oświadczam, że udzieliłam/em 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-Zycie 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.

Miejscowość, dnia

Podpis Ubezpieczającego

