



Wniosek o Zawarcie Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie INTER Medyk Life (obowiązuje od dnia 01.01.2024 roku)

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

Pośrednik		Nr		Nr polisy	
imię i nazwisko/nazwa					
O.W.C.A.		Nr		wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń INTER-ŻYCIE Polska S.A.	
imię i nazwisko					
Oddział					

A

Dane dotyczące Ubezpiezonego

☐ Kobieta ☐ Mężczyzna

☐ Ubezpieczony

Prosimy wypełnić jeśli Ubezpieczonym będzie:

☐ Pełnoletnie dziecko Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)

☐ Współmałżonek Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)

☐ Partner życiowy Ubezpiezonego (imię, nazwisko, PESEL Ubezpiezonego)

Imiona

Nazwisko

Data urodzenia

PESEL/ Data urodzenia w przypadku braku PESEL

NIP (w przypadku osoby fizycznej prowadzącej działalność gospodarczą)

dzień miesiąc rok

Obywatelstwo

Państwo urodzenia

Seria i numer dokumentu tożsamości

Telefon

e-mail

Rodzaj dokumentu tożsamości:

☐ dowód osobisty

☐ paszport

Adres stałego zamieszkania

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

Wykonywany zawód (stanowisko, ew. opis wykonywanej pracy)

TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową członków rodzin mających ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy lub wykonujących jeden z wymienionych zawodów lub czynności: górnik pracujący pod ziemią, elektryk pracujący przy napięciu powyżej 1kV, konwojent przedmiotów wartościowych i pieniędzy, ochroniarz z pozwoleniem na broń, kaskader, pirotechnik, pracownik produkcji materiałów wybuchowych, korespondent wojenny, żołnierz misji wojskowych, saper, policjant – jednostki specjalne, funkcjonariusz służb specjalnych, marynarz, pracownik rybołówstwa, pilot testowy, personel samolotów, członek załogi helikoptera ratunkowego, ratownik górski i wodny, trener zwierząt niebezpiecznych, opiekun zwierząt w zoo lub cyrku, akrobata, artysta cyrkowy, osoba wykonująca pracę: na wysokościach powyżej 10 metrów, na platformie wiertniczej, w rafinerii, w tartaku, pod ziemią, pod wodą, przy zrywce albo wyrębie drzew i zwózce drewna.

B

Ubezpieczający (wypełnić tylko gdy inny niż Ubezpieczony)

☐ osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą

☐ osoba prawna*

☐ jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej*

☐ inna forma organizacyjna*

* Do wniosku prosimy dołączyć Formularz beneficjenta rzeczywistego

Nazwa firmy

dalsza część nazwy firmy

NIP

Siedziba firmy

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

Telefon

e-mail

Adres korespondencyjny (wypełnić tylko w przypadku jeżeli adres inny niż siedziby)

Kod

Miejscowość

Ulica

Nr

Nr lokalu

C
Oświadczenie o statusie PEP (wypełnia ubezpieczający będący osobą fizyczną)

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/-am osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz. I. 2018 poz. 723, z późn. zmianami).

☐ TAK ☐ NIE

(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK, prosimy wypełnić Formularz PEP)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

D
Dane dotyczące Partnera życiowego Ubezpieczonego – jeśli zostaną podane poniższe informacje, wszystkie postanowienia umów dodatkowych na wypadek śmierci Współmałżonka oraz Teścia będą miały zastosowanie odpowiednio do Partnera życiowego

(Osoba niebędąca w formalnym związku małżeńskim z Ubezpieczonym, a pozostająca z nim we wspólnym pożyciu oraz prowadząca wspólne gospodarstwo domowe. Żadna z osób nie może pozostawać w formalnym związku małżeńskim, ani nie mogą być one ze sobą spokrewnione).

Imiona

Nazwisko

Pesel

E
Uposażeni

Imiona	Nazwisko / Nazwa	PESEL lub data urodzenia / NIP						% świadczenia
		rok	miesiąc	dzień				
Razem								100%

F
Zakres ubezpieczenia i wysokość składki

Wariant ubezpieczenia	Składka miesięczna (zł)
☐ Wariant I	65,00
☐ Wariant II	85,00
☐ Wariant III	105,00
☐ Wariant IV	65,00
☐ Wariant V	105,00
☐ Wariant VI	185,00
☐ Pakiet Ryzyk Medycznych (tylko łącznie z Wariantem nr I, II, III, IV, V, VI i Wariantem na życzenie)	15,00

lub

☐ Wariant VII (tylko z umową dodatkową na wypadek niezdolności do pracy)	1,00
---	------

Niezdolność do pracy w wyniku choroby lub NW (tylko dla Ubezpieczonych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą lub jedynych wspólników jednoosobowej spółki z o.o.) Kwota świadczenia wypłacanego za dzień niezdolności do pracy, pod warunkiem, że niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie minimum 31 dni w przypadku choroby lub 15 dni w przypadku NW:	Składka miesięczna (zł)
złotych*	
* wielokrotność kwoty 150 zł	

Okres świadczeniowy (wariant do wyboru):	
☐ świadczenie dzienne wypłacane za okres od 1-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku choroby lub NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego	
☐ świadczenie dzienne wypłacane za okres od 15-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku choroby i od 1-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego	
☐ świadczenie dzienne wypłacane za okres od 31-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku choroby i od 1-go dnia trwania niezdolności do pracy w wyniku NW, maksymalnie do 365 dnia zdarzenia ubezpieczeniowego	

Wariant na życzenie:	Suma ubezpieczenia (zł)
☐ Śmierć Ubezpieczonego	
☐ Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	
☐ Śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego	
☐ Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	
☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (za 1% uszczerbku)	
☐ Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	
☐ Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	
☐ Leczenie specjalistyczne Ubezpieczonego	
☐ Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW - stawka dzienna - płatne do 14 dni	
☐ Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW - stawka dzienna - za kolejne dni	

Wariant na życzenie:	Składka miesięczna (zł)
☐ Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby - stawka dzienna - płatne do 14 dni	
☐ Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby - stawka dzienna - za kolejne dni	
☐ Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	
☐ Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego	
☐ Niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji	
☐ Pakiet Kardiologiczny	Zgodnie z OWU
☐ Assistance Max	Zgodnie z OWU
Składka miesięczna (zł)	

Częstotliwość opłacania składki	☐ miesięczna ☐ kwartalna ☐ półroczna ☐ roczna
--	---

Łączna wysokość składki do zapłaty z uwzględnieniem częstotliwości		złotych
---	--	----------------

G

Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego

Ankieta medyczna nr 1

Ankiety wypełniają osoby wybierające Wariant od I do V oraz osoby wybierające sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Wariantach na życzenie do 100 000 złotych.

Pytania – w przypadku odpowiedzi TAK prosimy wypełnić kolumnę „Odpowiedzi szczegółowe”	Odpowiedzi szczegółowe
1. Czy w okresie ostatnich 5 lat występował/a lub choruje Pan/Pani na którąkolwiek z wymienionych chorób lub występowały/występują u Pana/Pani wymienione dolegliwości?	
a) choroba nowotworowa, wykryty lub zdiagnozowany guz TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
b) cukrzyca TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
c) białaczka/ziarnica TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
d) miażdżyca TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
e) choroba wieńcowa TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
f) wada serca lub niewydolność serca TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
g) zawał serca TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
h) udar mózgu lub przejściowe niedokrwienie mózgu TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
i) niewydolność lub torbielowatość nerek TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
j) wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
k) marskość lub niewydolność wątroby TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
l) uzależnienie od alkoholu lub substancji psychoaktywnych TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
m) czy jest Pan/Pani nosicielem wirusa HIV? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać szczegóły, czas leczenia oraz dołączyć dokumentację medyczną:
2. Czy został/a Pan/Pani uznany/a za niezdolnego/ą do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy podać przyczynę niezdolności do pracy lub służby, okres na jaki została orzeczona oraz dołączyć dokumentację medyczną:
3. Prosimy o podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których się Pan/Pani leczy lub leczył/a oraz imion i nazwisk lekarzy prowadzących, pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego TAK ☐ NIE ☐	

Ankieta medyczna nr 2

Ankiety wypełniają osoby wybierające Wariant VI oraz osoby wybierające sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Wariantcie na życzenie wyższą niż 100 000 złotych.

Pytania – w przypadku odpowiedzi TAK prosimy wypełnić kolumnę „Odpowiedzi szczegółowe”	Odpowiedzi szczegółowe
1. Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/Pani lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami?	
a) nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
b) jakąkolwiek ze zmian: zmianą przedrakową, guzem o granicznej złośliwości, dysplazją dużego stopnia, poziomem markeru nowotworowego we krwi (PSA) równym 4.0 ng/ml lub wyższym, nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3 +, dużego stopnia dysplazja), nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa), nadczynnością tarczycy, obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i / lub żołądka, znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
c) guzem, guzkiem, torbielą w mózgu lub w strukturach otokomózgowych TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
d) chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowatokrwinkową, talasemią) TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
e) zmianami naczyniowymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwinnym „TIA”, krwotokiem mózgowym, zwężeniem tętnic szyjnych) zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorem) w mózgu lub w strukturach otokomózgowych TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
f) postacią choroby serca (zawałem serca, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami rytmu serca, z wyjątkiem sytuacji nie wymagających postępowania medycznego, wadami zastawek serca, szmerami serca lub gotyczką reumatyczną, niewydolnością serca, powiększeniem serca lub kardiomiopatią); może Pan/Pani odpowiedzieć NIE, jeśli był/a / jest Pan/Pani leczony/a wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi lub wysokiego poziomu cholesterolu TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
g) cukrzycą; w przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest kobieta może zostać udzielona odpowiedź „NIE”, jeśli była/jest Pani leczona tylko na cukrzycę ciążową TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
h) przewlekłą niewydolnością nerek, chorobą leczoną dializami, marskością wątroby lub przewlekłą niewydolnością wątroby lub zwłóknieniem wątroby TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
i) innymi chorobami przewlekłymi i dolegliwościami zdrowotnymi, w tym: paraliżem, padaczką, stwardnieniem rozsianym, innymi chorobami układu nerwowego, zaburzeniami psychicznymi, uzależnieniem od alkoholu lub substancji psychoaktywnych, chorobami układu oddechowego, chorobami układu pokarmowego, chorobami gruczołów wydzielania wewnętrznego lub narządów płciowych, dolegliwościami narządu ruchu lub kręgosłupa, następstwami wypadku TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
2. Czy przeszczepiono lub zalecono Panu/Pani przeszczep narządu lub czy obecnie znajduje się Pan/Pani na liście osób oczekujących na przeszczep narządu? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
3. Czy u któregośkolwiek z Pana/Pani naturalnych rodziców lub rodzeństwa przed ich 50-ymi urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe lub udar mózgu), wielotorbielowatość nerek lub nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka? TAK ☐ NIE ☐	

Pytania – w przypadku odpowiedzi TAK prosimy wypełnić kolumnę „Odpowiedzi szczegółowe”	Odpowiedzi szczegółowe
4. Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi: guzek w piersi lub w jajrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie / podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia lub nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, poziomu wapnia lub markerów nowotworowych)? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
5. Czy jest Pan/Pani w trakcie planowania lub czy umówił/a się na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły:
6. Czy w okresie ostatnich 5 lat wykonywał/a Pan/Pani badania diagnostyczne takie jak: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, RTG, USG, mammografia, biopsja, kolonoskopia, endoskopia, urografia, angiografia, EKG, echo serca, koronarografia, prześwietlenie klatki piersiowej, badanie cholesterolu, których wyniki okazały się nieprawidłowe lub oczekuje Pan/Pani na badania lub wyniki badań? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać szczegóły, dołączyć dokumentację medyczną oraz wyniki badań:
7. Czy zdiagnozowano u Pana/Pani nadciśnienie tętnicze? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy o podanie wartości ciśnienia tętniczego z trzech ostatnich pomiarów oraz daty pomiaru:
8. Czy został/a Pan/Pani uznany/a za niezdolnego/ą do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – prosimy podać przyczynę niezdolności do pracy lub służby, okres na jaki została orzeczona oraz dołączyć dokumentację medyczną:
9. Czy pali lub palił/a Pan/Pani papierosy, e-papierosy, fajkę, cygara? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – w jakiej postaci, ile sztuk dziennie, od jak dawna? Jeśli rzucił/a Pan/Pani palenie - prosimy o podanie, ile lat Pan/Pani palił/a, od kiedy Pan/Pani nie pali, z jakiego powodu?
10. Czy pije lub pił/a Pan/Pani alkohol? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK – jaki rodzaj alkoholu? Jak często? Jaką ilość tygodniowo? Jeśli zaprzestał/a Pan/Pani picia alkoholu, prosimy podać kiedy i dlaczego:
11. Czy zażywał/a lub zażywa Pan/Pani narkotyki lub inne środki odurzające? TAK ☐ NIE ☐	
12. Waga (kg)	
13. Wzrost (cm)	
14. Prosimy o podanie nazw i adresów placówek medycznych, w których się Pan/Pani leczy lub leczył/a oraz imion i nazwisk lekarzy prowadzących, pierwszego kontaktu lub lekarza rodzinnego.	
15. Czy posiada Pan/Pani ubezpieczenie na życie w innym Towarzystwie Ubezpieczeń? TAK ☐ NIE ☐	Jeśli TAK, prosimy o podanie nazwy Towarzystwa, liczby polis ubezpieczeniowych na życie oraz sum ubezpieczenia z tytułu śmierci:
16. Czy posiada Pan/Pani stałe miejsce zamieszkania poza Polską? TAK ☐ NIE ☐	

H
Informacje dodatkowe

Data początku odpowiedzialności:

☐ zgodnie z OWU (od następnego dnia po dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i opłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej)

☐ od dnia (nie wcześniej niż od następnego dnia po dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i opłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej)

Warianty indywidualnego ubezpieczenia na życie INTER Medyk Life

RYZYKO	Wysokość świadczenia (zł)							Karencje
	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI	Wariant VII	
Śmierć Ubezpieczonego	25 000	35 000	45 000	50 000	100 000	150 000	1 000	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW	50 000	70 000	90 000	100 000	200 000	400 000	-	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW przy pracy	60 000	80 000	110 000	150 000	300 000	700 000	-	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego	60 000	80 000	110 000	150 000	300 000	700 000	-	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego przy pracy	80 000	100 000	130 000	200 000	400 000	1 000 000	-	-
Śmierć Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	50 000	70 000	90 000	100 000	150 000	200 000	-	6 miesięcy
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	300	400	500	500	750	1 000	-	-
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu (za 1% uszczerbku)	300	400	500	-	-	-	-	3 miesiące
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	4 000	5 000	7 000	10 000	15 000	20 000	-	90 dni
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku NW - stawka dzienna - płatne do 14 dni	100	120	150	100	200	300	-	-
za kolejne dni:	50	60	75	50	100	150	-	-
Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu choroby - stawka dzienna - płatne do 14 dni	50	60	75	50	100	150	-	30 dni
za kolejne dni:	25	30	38	25	50	75	-	30 dni
Pobyt Ubezpieczonego na OIOM	500	600	750	500	1000	1 500	-	30 dni
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego	2 000	3 000	5 000	-	-	-	-	180 dni
Śmierć Współmałżonka	10 000	12 000	14 000	-	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Współmałżonka w wyniku NW	15 000	18 000	21 000	-	-	-	-	-
Śmierć Dziecka	5 000	6 000	7 000	-	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Dziecka w wyniku NW	10 000	12 000	14 000	-	-	-	-	-
Urodzenie Dziecka	800	1 200	1 500	-	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie Dziecka z wadą wrodzoną	2 000	3 000	4 000	-	-	-	-	9 miesięcy
Urodzenie martwego Dziecka	2 000	3 000	4 000	-	-	-	-	3 miesiące
Osierocenie Dziecka	3 500	4 500	5 500	-	-	-	-	6 miesięcy
Śmierć Rodzica lub Teścia	1 000	1 200	1 500	-	-	-	-	6 miesięcy
Assistance Plus	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK	-	
Składka miesięczna	65,00	85,00	105,00	65,00	105,00	185,00	1,00	

PAKIET RYZYK MEDYCZNYCH	Wysokość świadczenia (zł)	Karencje
Trwałe uszkodzenie wzroku w wyniku ekspozycji Ubezpieczonego na promieniowanie laserowe w trakcie wykonywania pracy	15 000	brak
Urazu kręgosłupa w trakcie wykonywania pracy	15 000	brak
Zatrucie Ubezpieczonego w wyniku ekspozycji na substancje chemiczne wykorzystywane podczas wykonywania pracy	15 000	60 dni
Trwałe uszkodzenie słuchu w wyniku ekspozycji Ubezpieczonego na hałas ultradźwiękowy podczas wykonywania pracy	15 000	60 dni
Poważne zachorowanie personelu medycznego (zakażenie wirusem HIV, zakażenie WZW typu B lub C)	15 000	90 dni
Doraźna pomoc psychologiczna lub psychiatryczna na wypadek stwierdzenia u Ubezpieczonego „wtórnego zespołu stresu pourazowego” w związku z wykonywaniem pracy	15 000	60 dni
Obrażenia ciała Ubezpieczonego spowodowane bezpośrednią fizyczną agresją osób trzecich w miejscu wykonywania pracy (za 1% uszczerbku)	1 500	brak
Składka miesięczna	15,00	

Analiza potrzeb klienta

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż przeprowadzenie analizy jest dobrowolne oraz że w przypadku podania nieprawdziwych informacji, dystrybutor ubezpieczeń nie będzie miał możliwości zaproponowania umowy ubezpieczenia, która będzie w pełni odpowiadała moim wymaganiom i potrzebom.

Data przeprowadzenia APK

Imię i Nazwisko / Nazwa klienta

Inne uwagi (np. dane adresowe, forma kontaktu, itp.)

Ubezpieczenie indywidualne

☐

Ubezpieczenie grupowe

☐

Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a:

TAK

NIE

Zapewnieniem środków finansowych na czas powrotu do zdrowia po nieszczęśliwym wypadku

☐☐

Zapewnieniem środków finansowych na czas powrotu do zdrowia po chorobie

☐☐

Zapewnieniem środków finansowych dla najbliższych w przypadku śmierci ubezpieczonego

☐☐

Zapewnieniem ochrony ubezpieczeniowej obejmującej życie i zdrowie najbliższych ubezpieczonego

☐☐

Wiek ubezpieczonego*

Preferowana suma ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego (zł)

Preferowana wysokość miesięcznej składki ubezpieczeniowej (zł)

Informujemy, że nie odpowiadamy m.in. za zdarzenia powstałe w bezpośrednim następstwie działań wojennych, uprawiania niebezpiecznych sportów, działań po spożyciu alkoholu lub środków odurzających. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje również zdarzeń powstałych w okresie karencji i na skutek chorób, których objawy zostały zdiagnozowane przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

Szczegółowy zakres ubezpieczonych ryzyk, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności znajduje się w dokumencie Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU), które stanowią integralną część umowy ubezpieczenia. Zapoznanie się z nimi oraz akceptacja postanowień OWU stanowi warunek zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową.

W przypadku zidentyfikowania niezgodności produktu ubezpieczeniowego z Pana/Pani wymaganiami i potrzebami, prosimy o niezwłoczne zgłoszenie tego faktu dystrybutorowi ubezpieczeń.

Podpis Klienta

Podpis Pośrednika

* Prosimy o wypełnienie tylko w przypadku ubezpieczenia indywidualnego