WNIOSEK/POLISA

POTWIERDZENIE ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

KOSZTÓW LECZENIA ANTIDOTUM PLUS – UBEZPIECZENIE INDYWIDUALNE*)/RODZINNE*)

Niniejszą polisą InterRisk S.A. Vienna Insurance Group potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus zatwierdzonych uchwałą nr 80/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 14.08.2012 roku.

WNIOSEK/ POLISA (seria i numer):	
Ubezpieczenie:	Nowe / Wznowione*)
Wznowienie polisy (seria i numer):	

I. UBEZPIECZAJĄCY:

Imię i nazwisko/nazwa:			
Adres:			
PESEL:		NIP/REGON:	
Nr telefonu:			
e-mail:			

II. UBEZPIECZONY:

Imię i nazwisko:			
Adres:			
PESEL:		Data urodzenia:	
e-mail:		Płeć:	
Nr telefonu:		Nr karty identyfikacyjnej:	

III. WSPÓŁUBEZPIECZENI:

1) **WSPÓŁMAŁŻONEK/PARTNER***

Imię i nazwisko:			
Adres:			
PESEL:		Data urodzenia:	
e-mail:		Płeć:	
Nr telefonu:		Nr karty identyfikacyjnej:	

2) **DZIECI:**

a)

Imię i nazwisko:			
Adres:			
PESEL:		Data urodzenia:	
Nr karty identyfikacyjnej:		Płeć:	

b)

Imię i nazwisko:	
Adres:	

PESEL:		Data urodzenia:	
Nr karty identyfikacyjnej:		Płeć:	

c)

Imię i nazwisko:			
Adres:			
PESEL:		Data urodzenia:	
Nr karty identyfikacyjnej:		Płeć:	

IV. OKRES UBEZPIECZENIA:

od:	**01**			do:			
	dzień	miesiąc	rok		dzień	miesiąc	rok

V. ZAKRES UBEZPIECZENIA I SKŁADKA (prosimy zaznaczyć „x" właściwe pole):

Nazwa wariantu	**Zakres ubezpieczenia i suma ubezpieczenia**		**Składka miesięczna w zł**	
			ubezpieczenie indywidualne od 14 do 65 lat	Ubezpieczenie rodzinne do 65 lat[1]
STANDARD	Świadczenia medyczne określone w Załączniku nr 1 do OWU	zgodnie z zakresem Wariantu STANDARD	❑ **52,00 zł**	
		Suma:	**52,00 zł**	
PEŁNY	Świadczenia medyczne określone w Załączniku nr 1 do OWU	zgodnie z zakresem Wariantu PEŁNEGO	❑ **110,00 zł**	❑ **275,00 zł**
	Ubezpieczenie pomocy doraźnej	suma ubezpieczenia **2.500 zł**	❑ **9 zł**	❑ **21,50 zł**
	Ubezpieczenie pobytu w szpitalu	wysokość świadczenia dziennego - **20 zł /dzień,** suma ubezpieczenia **1.200 zł**		
		Suma:	**_____ zł**	**_____ zł**
PRESTIŻ	Świadczenia medyczne określone w Załączniku nr 1 do OWU	zgodnie z zakresem Wariantu PRESTIŻ	❑ **129,00 zł**	❑ **324,00 zł**
	Ubezpieczenie pomocy doraźnej	suma ubezpieczenia **3.500 zł**	❑ **13,00 zł**	❑ **31,00 zł**
	Ubezpieczenie pobytu w szpitalu	wysokość świadczenia dziennego - **50 zł /dzień,** suma ubezpieczenia **3.000 zł**		
		Suma:	**_____ zł**	**_____ zł**

[1] ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczonego, jego współmałżonka lub partnera oraz dzieci Ubezpieczonego, zgodnie z definicją partnera i dziecka określonymi w §2 pkt.4 i 12 OWU ANTIDOTUM plus.

VI. TRYB OPŁACANIA SKŁADKI (prosimy zaznaczyć „x" właściwe pole)

	miesięczny		kwartalny		półroczny		roczny

VII. WYSOKOŚĆ RATY SKŁADKI:

Wysokość raty składki:

VIII. WYSOKOŚĆ SKŁADKI ŁĄCZNEJ:

Wysokość składki łącznej: słownie:

IX. TERMINY PŁATNOŚCI RAT SKŁADKI:

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____

7. _____ 8. _____ 9. _____ 10. _____ 11. _____ 12. _____

nr konta InterRisk S.A.
Vienna Insurance Group:

Składka/I rata składki*) opłacona w dniu zawarcia umowy: .....

Przedstawiciel InterRisk SA Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę: …… zł

słownie ……

X. UZGODNIENIA STRON I OŚWIADCZENIA:

POSTANOWIENIA DODATKOWE I/LUB ODMIENNE OD ZAPISÓW OWU ANTIDOTUM PLUS NA PODSTAWIE KTÓRYCH ZOSTAŁA ZAWARTA NINIEJSZA UMOWA

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do złożenia dyspozycji stałego zlecenia rachunku bankowego tytułem zapłaty składki ubezpieczeniowej.

.....
.....
.....

OŚWIADCZENIA STRON UMOWY:

1. Wyrażam zgodę na występowanie InterRisk S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych z wnioskami o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych o stanie zdrowia.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez InterRisk S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia InterRisk S.A. Vienna Insurance Group.
3. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy z dnia 29 sierpień 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr133, poz 883 z późn. zm.), a w szczególności o poniższym:
   1) administratorem moich danych osobowych jest InterRisk S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
   2) dane osobowe przekazywane są do Partnera Medycznego – LUX MED Sp. z o.o. oraz placówek z nim współpracujących, które będą świadczyły usługi medyczne,
   3) mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.
4. Niniejszym oświadczam, że treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia Antidotum plus zatwierdzonych uchwałą nr 80/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 14.08.2012 roku została mi doręczona przed zawarciem umowy ubezpieczenia i po zapoznaniu się z treścią OWU składam niniejszy wniosek.
5. Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie.

Informujemy, że obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 24 ust.1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 z późn. zm.).

……	……	……	……	……
podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. II	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt.1	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt.2 lit. a	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt. 2 lit. b	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt.2 lit. c

.....	.....	.....
miejscowość, data	podpis Ubezpieczającego	podpis i pieczęć Przedstawiciela InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

□ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych firmy InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku Dz.U.Nr 133, poz.883 z późniejszymi zmianami.

……	……	……	……	……
podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. II	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt.1	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt.2 lit. a	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt. 2 lit. b	podpis Ubezpieczonego wskazanego w ust. III pkt.2 lit. c

.....	.....	.....
miejscowość, data	podpis Ubezpieczającego	podpis i pieczęć Przedstawiciela InterRisk S.A. Vienna Insurance Group

UWAGI!

1) *Jeżeli Ubezpieczenie zawierane jest na rzecz osoby trzeciej Ubezpieczony zobowiązany jest podpisać oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych zawarte w niniejszym wniosku*
2) *W przypadku Ubezpieczonych poniżej 18 roku życia w ich imieniu podpisy składają rodzice/opiekunowie prawni.*

** niepotrzebne skreślić*