

C Liczba osób ubezpieczonych (razem z załącznikami do wniosku) Składka łączna podstawowa (razem z załącznikami do wniosku) PLN

Wypuk ogólnego okresu karencji (jednorazowa opłata, OWU § 11.5) Osoba 1 PLN

Wypuk ogólnego okresu karencji (jednorazowa opłata, OWU § 11.5) Osoba 2 PLN

D Początek ubezpieczenia Osoba 1

Początek ubezpieczenia Osoba 2

E Pytania dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego

Osoba 1

Osoba 2

1. Czy w chwili obecnej jest Pani/Pan w trakcie leczenia lub cierpi na jakieś dolegliwości zdrowotne ? Tak Nie
2. Czy występowały lub występują u Pani/Pana choroby przewlekłe ? Tak Nie
3. Czy cierpi lub cierpiał/a Pani/Pan na choroby zawodowe lub inne związane z wykonywanym zawodem ? Tak Nie
4. Czy w okresie ostatnich 10 lat był/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. Tak Nie
5. Czy w okresie ostatnich 5 lat wystąpiły u Pani/Pana i zostały stwierdzone lub leczone (także zapobiegawczo) jakiegokolwiek choroby, dolegliwości lub następstwa wypadku ? Tak Nie
6. Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przyjmowała/t Pani/Pan leki ? Jeśli TAK – prosimy podać nazwę leku, dawkę oraz w związku z jakim zachorowaniem był przyjmowany. Tak Nie
7. Czy zostało stwierdzone u Pani / Pana zakażenie wirusem HIV lub zółtaczką typu C ? Tak Nie
8. Czy istnieje u Pani/Pana wada wzroku ? Jeśli tak, prosimy podać ilość dioptrii. Tak Nie L P L P
9. Czy jest Pani w ciąży ? Jeśli tak, to prosimy podać w którym miesiącu Tak Nie miesiąc miesiąc
10. Waga ciała kg Wzrost cm
11. Czy pali Pani/Pan papierosy ? Tak Nie
12. a) Czy zostały Pani/Panu usunięte zęby (za wyjątkiem zębów mlecznych i mądrości) ? Tak Nie
- b) Liczba brakujących i niezastąpionych zębów ? (zwykła za każdy brakujący i niezastąpiony ząb w VISION Gold – 5 PLN, w VISION Diamond – 10 PLN)
- c) Liczba zastąpionych zębów i liczba koron ?
- d) Czy stwierdzona została choroba przyzębia lub nieprawidłowe ustawienie zębów ? Tak Nie
- e) Czy w chwili obecnej jest Pan/Pani w trakcie leczenia dentystycznego (uzupełnianie ubytków, wstawianie koron, implantów, leczenie ortodontyczne, leczenia paradontozy) lub czy takie leczenie jest zalecane lub planowane ? Tak Nie

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 (dd/mm/rrrr) od <input type="text"/> do <input type="text"/>	Dane szczegółowe dotyczące ankiety medycznej (czas leczenia od <input type="text"/> do <input type="text"/> , diagnoza, dane lekarza prowadzącego leczenie, itp.)

Ilość załączników do wniosku (prosimy podać liczbę stron)

Imię, nazwisko, adres i telefon lekarza rodzinnego:

Osoba 1	Osoba 2

G Prywatna opieka medyczna

Osoba 1

Osoba 2

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

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.

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: 02-486 Warszawa, Al. Jerozolimskie 172, 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 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 (podstawa prawna Art. 40 ust. 2 pkt 4 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226 poz. 1943)).

Wyrażam również dobrowolnie zgodę na weryfikację przez TU INTER Polska S.A. wniesionych przeze mnie dokumentów (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumentów wydawanych przez placówki medyczne lub osoby wykonujące zawód medyczny, zgodnie z zasadami obowiązującymi w tym zakresie Art. 18 ust. 2 oraz ust. 3 Ustawy z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1991 r. Nr 91 poz. 408)).

Przetwarzanie danych osobowych
Niniejszym dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w szczególności danych dotyczących stanu mojego zdrowia i nalogów w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczeniowej oraz w celach statystycznych, w zakresie wyszczególnionym w umowie ubezpieczenia. Administratorem zbioru danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172. Dane osobowe będą udostępniane podmiotom powiązanym kapitałowo oraz z podmiotom współpracującym. z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

Zgodnie z treścią ustawy z dnia 29.08.1997 r. o „ochronie danych osobowych” (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) ubezpieczającemu i ubezpieczonemu przysługuje prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania. Wyrażam dobrowolną zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez TU 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.

Oświadczam, że dane osobowe sprawdziłem osobiście z okazanym mi dowodem tożsamości numer:

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, czytelny podpis pośrednika