



WNIOSEK O PRZYSTĄPIENIE DO PLANU UBEZPIECZENIOWEGO Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM **RAZEM W ING** (DALEJ: **UBEZPIECZENIE**) DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

Nr polisy ubezpieczenia | | | | | | | | Nr podgrupy | |

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy |

2. WSPÓŁUBEZPIECZONY

Nazwisko | | | | | | | | | | | | Imiona | | | | | | | | | | | |

Płeć K ☐ M ☐ Data urodzenia (dzień/mies./rok) | | | | | | | | PESEL | | | | | | | |

Obywatelstwo |

Nr paszportu/karty stałego pobytu/karty czasowego pobytu (wypełnić w przypadku braku Nr PESEL) |

Adres korespondencyjny:

Kod pocztowy | | | | Miejscowość |

Ulica | Nr domu | | | / | |

Nr telefonu | | | | | | | | E-mail |

Zawód wykonywany | Data zatrudnienia u obecnego pracodawcy | | | | | | | |

Kontynuacja ochrony ubezpieczeniowej udzielanej wcześniej przez inny zakład ubezpieczeń
☐ Tak ☐ Nie

3. DANE UBEZPIECZONEGO OBOK, KTÓREGO PRZYSTĘPUJE WSPÓŁUBEZPIECZONY;

Nazwisko | | | | | | | | | | | | Imiona | | | | | | | | | | | |

PESEL | | | | | | | |

4. DODATKOWE INFORMACJE O WSPÓŁUBEZPIECZONYM ORAZ O JEGO STANIE ZDROWIA

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania poprzez wstawienie „X” w rubryce „NIE” albo „TAK” oraz gdy odpowiedź brzmi „TAK” - podanie szczegółowych informacji:

Część I

wzrost | | | | cm waga | | | | kg

Pytania	NIE	TAK	Szczegółowe informacje
1. Papierosy Czy pali/a Pan/Pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy papierosy lub inne produkty tytoniowe (w sztukach)?	☐	☐	Średnio dziennie: papierosy , cygara , fajkę , inne
2. Choroby Czy kiedykolwiek stwierdzono u Pana/Pani jakąkolwiek poważną chorobę, w szczególności chorobę serca, udar mózgu, nowotwór złośliwy, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, dodatni wynik testu w kierunku HIV?	☐	☐	Prosimy o podanie następujących informacji: nazwa choroby _____ data diagnozy _____ oraz przekazanie Przedstawicielowi kopii dokumentacji medycznej.
3. Diagnostyka Czy kiedykolwiek prowadzono u Pana/Pani diagnostykę lub badania w kierunku: a) cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, podwyższonego poziomu cholesterolu we krwi, padaczki, choroby jelit, nerek, wątroby, układu oddechowego, stwardnienia rozsianego, choroby psychicznej? b) nowotworu, guza, podejrzanych znamion, niedowładu, utraty przytomności, zaburzeń widzenia, nadużywania alkoholu?	☐	☐	Prosimy o podanie następującej informacji: przyczyna prowadzonej diagnostyki _____ _____ _____ _____ _____ oraz przekazanie Przedstawicielowi kopii dokumentacji medycznej.

4. Porady lekarskie Czy w ciągu ostatnich 2 lat zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej z powodów innych, niż krótkotrwałe i przejściowe schorzenia (np. przeziębienie) lub zamierza Pan/Pani zasięgnąć takiej porady w najbliższej przyszłości?	☐	☐	Prosimy o podanie następujących informacji: przyczyna konsultacji _____ _____ podjęte leczenie lub zlecone badania _____ _____ oraz przekazanie Przedstawicielowi kopii dokumentacji medycznej.
5. Leczenie/ zwolnienia lekarskie/niezdolność do pracy Czy w ciągu ostatnich 2 lat: a) przyjmował/a Pan/Pani lub obecnie przyjmuje jakiegokolwiek leki przez okres dłuższy, niż 14 kolejnych dni? b) przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 14 dni lub czy występuje u Pana/Pani jakiegokolwiek ograniczenie zdolności do wykonywania pracy?	☐ ☐	☐ ☐	Prosimy o podanie następujących informacji: a) przyczyna leczenia _____ nazwa leku: _____ _____ dawka: _____ b) od do nazwa choroby _____ stopień niepełnosprawności _____
6. Choroby w rodzinie Czy u kogokolwiek spośród Pana/Pani rodziców, braci, siostr do 60. roku życia włącznie stwierdzono występowanie chorób serca, udaru mózgu, nowotworu złośliwego, stwardnienia rozsianego, choroby (płasnawicy) Huntingtona, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, zwyrodnienia torbielowatego (wielotorbielowatości) nerek, polipowatości jelita grubego lub innej choroby dziedzicznej?	☐	☐	Prosimy o podanie następujących informacji: nazwa choroby _____ _____ wiek osoby chorującej w momencie rozpoznania _____ _____

Część II należy wypełnić gdy:

- suma ubezpieczenia ze wszystkich umów głównych albo podstawowych zawartych z ING Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na rzecz Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 2 lat wynosi **300 000 zł** lub więcej,
- suma ubezpieczenia ze wszystkich umów dodatkowych dotyczących **poważnego zachorowania** zawartych z ING Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na rzecz Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 2 lat wynosi **300 000 zł** lub więcej,
- suma ubezpieczenia ze wszystkich umów dodatkowych dotyczących **niezdolności do samodzielnego życia lub pracy** zawartych z ING Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na rzecz Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 2 lat wynosi **300 000 zł** lub więcej,
- Ubezpieczony ukończył **50. rok życia**.

Pytania	NIE	TAK	Szczegółowe informacje
7. Ile alkoholu wypija Pan/Pani miesięcznie (w litrach)?	☐	☐	piwo , wino , mocne alkohole
8. Czy przyjmuje lub przyjmował/a Pan/Pani narkotyki lub inne niedozwolone środki odurzające np. kokaina, heroina, ekstazy?	☐	☐	Prosimy o podanie następujących informacji: rodzaj: _____ okres przyjmowania: od do
9. Czy w ciągu ostatnich 5 lat był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie, operowany/a lub czy zlecono Panu/Pani leczenie szpitalne/operację? ¹	☐	☐	Prosimy o podanie następujących informacji: rok i miesiąc leczenia _____ przyczyna _____ _____ oraz o dołączenie kopii karty wypisu ze szpitala wraz z wynikiem badania histopatologicznego (jeżeli było wykonywane), oraz innej posiadanej dokumentacji medycznej.
10. Czy w ciągu ostatnich 5 lat wykonywał/a Pan/Pani lub miał/a zlecone jakiegokolwiek badania specjalistyczne takie jak np. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, endoskopia, angiografia, biopsja, EKG wysiłkowe, USG ² , mammografia ² ?	☐	☐	Prosimy o podanie: przyczyny badań _____ _____ oraz dołączenie kopii wyników badań.
11. Czy kiedykolwiek wystąpiły/występują u Pana/Pani poniższe dolegliwości lub chorował/a lub choruje Pan/Pani na:			Prosimy o podanie szczegółowych informacji:
a) choroby układu krążenia w tym chorobę wieńcową, bóle w klatce piersiowej, zawał serca, wadę serca, zaburzenia rytmu serca, udar mózgu, krwawienie śródczaszkowe, przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) lub inne?	☐	☐	
b) choroby układu oddechowego w tym, krwiotłucie, astmę, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedmę płuc, sarkoidozę lub inne?	☐	☐	
c) choroby przewodu pokarmowego w tym wrzodziejące zapalenie jelit, chorobę Crohna, chorobę żołądka lub dwunastnicy, dróg żółciowych, wątroby, trzustki, żółtaczki, przepukliny lub inne?	☐	☐	
d) choroby układu moczowego w tym kamicę nerkową, wielotorbielowatość nerek lub inne?	☐	☐	
e) choroby układu nerwowego w tym omdlenia, zawroty głowy, występowanie nieskoordynowanych ruchów, chroniczne przemęczenie?	☐	☐	
f) choroby psychiczne w tym nerwice, depresje, anoreksja, próby samobójcze?	☐	☐	

g) choroby kręgosłupa w tym dyskopatia, choroby mięśni i stawów lub inne?	☐	☐	
h) choroby układu krwiotwórczego w tym białaczka, hemofilia, niedokrwistość lub inne?	☐	☐	
i) wszelkie inne nieprawidłowości w badaniach krwi i moczu lub zaburzenia hormonalne nie wymienione powyżej, które wymagały porady lekarskiej, postępowania diagnostycznego lub leczenia?	☐	☐	

¹ z wyłączeniem pobytów w szpitalu z powodu porodów

² z wyłączeniem ciąży i rutynowych badań diagnostycznych piersi z wynikiem prawidłowym

Informacje dodatkowe

5. OPCJA OSZCZĘDNOŚCIOWA (proszę wypełnić, jeśli wpłacane będą składki regularne)

Składki dodatkowa regularna PLN

Proszę wskazać ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (UFK) jeśli jego wybór należy do Ubezpieczonego. W przypadku gdy wybór UFK należy do Ubezpieczającego zaznaczenie UFK w niniejszym wniosku będzie traktowane jako nieważne.

- | | | | |
|--|--|--|---|
| ☐ ING UFK Klik | ☐ ING UFK obligacji | ☐ ING międzynarodowy UFK mieszany | ☐ ING UFK dynamiczny |
| ☐ ING UFK pieniężny | ☐ ING UFK mieszany | ☐ ING międzynarodowy UFK dynamiczny | ☐ ING UFK grupowy |

6. WYZNACZAM NASTĘPUJĄCYCH UPOSAŻONYCH (osoby którym wypłacone zostanie świadczenie w przypadkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia)

Imię	Nazwisko	PESEL	Udział %	} 100%

Niniejszym zgłaszam swoje przystąpienie do ubezpieczenia i oświadczam , że

- wyrażam wolę skorzystania z zastrzeżonej na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia oraz akceptuję wysokość sumy ubezpieczenia wskazaną w tej umowie.
- wszelkie podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych danych ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A (dalej "Ubezpieczyciel") wolne jest od odpowiedzialności zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
- zapoznałam(em) się z treścią Ogólnych warunków ubezpieczenia i są mi znane wszelkie prawa i obowiązki wynikające z objęcia mnie Ubezpieczeniem.
- zostałam(em) poinformowany, że administratorem danych osobowych jest Ubezpieczyciel oraz zostałam poinformowany o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i o ich przekazywaniu zakładom reasekuracji kraju i za granicą wyłącznie w celu wykonywania umowy ubezpieczenia jak również o tym ,że obowiązek podania tych danych wynika z art. 815 Kodeksu Cywilnego
- zostałam poinformowany o przetwarzaniu moich danych osobowych, związanych z objęciem mnie Ubezpieczeniem, z wyłączeniem danych wrażliwych (dane o stanie zdrowia i nałogach) w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Ubezpieczyciela na podstawie art.23 ust.1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych oraz o możliwości wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych w celach marketingowych a także możliwości wniesienia żądania zaprzestania przetwarzania danych osobowych w celach marketingowych ze względu na szczególną sytuację
- oświadczam w imieniu Małżonka, Rodzica, Rodzica Małżonka, Dziecka w tym pełnoletniego*, że każda z tych osób wyraziła wolę skorzystania z zastrzeżonej na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej, jak również, że została poinformowana o wysokości sumy ubezpieczeniowej.

Wyrażam zgodę na

- przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym wniosku oraz innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi w tym danych o stanie zdrowia i nałogach w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, objęcia mnie Ubezpieczeniem oraz w celu jego właściwej obsługi. W przypadku nie objęcia mnie Ubezpieczeniem, mojego wystąpienia z Ubezpieczenia, rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia albo wypłaty świadczenia, zgadzam się na przetwarzanie moich danych w celach archiwalnych. Zgoda obejmuje także przetwarzanie moich danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zmieni się cel przetwarzania.
- przekazywanie moich danych osobowych związanych z objęciem mnie Ubezpieczeniem(w tym danych o stanie zdrowia i nałogach)

zawartych w niniejszym wniosku oraz innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem Ubezpieczającego

- występowanie Ubezpieczyciela do zakładów opieki zdrowotnej oraz osób fizycznych wykonujących zawód medyczny lub innych podmiotów, o których mowa w art.4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku i o zakładach opieki zdrowotnej(Dz.U.z 2007r. Nr 14,poz.89 z póź.zm),które udzielały mi świadczeń zdrowotnych z żądaniem przekazania informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie informacji o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z tytułu zawartej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i wysokości tego świadczenia,a także informacji o przyczynie śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez ING Usługi Finansowe S.A. moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numery telefonów, PESEL, stan cywilny, e-mail, w celach marketingowych (w tym również na przekazywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail materiałów reklamowych).

Współubezpieczony: ☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę na przekazanie przez ING Usługi Finansowe S.A. moich danych osobowych w następującym zakresie: imię, nazwisko, adres zamieszkania, numery telefonów, PESEL, stan cywilny, e-mail, w celu przetwarzania tych danych przez polskie podmioty zależne od podmiotu dominującego wobec ING Usługi Finansowe S.A., a w szczególności ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. i ING Otwarty Fundusz Emerytalny (w tym również na przekazywanie na wskazany przeze mnie adres e-mail materiałów reklamowych), aby mogły zaprezentować mi swoją ofertę marketingową.

Współubezpieczony: ☐ TAK ☐ NIE

Administratorem danych osobowych jest ING Usługi Finansowe S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, 00-342. Przekazane przez Pana/Panią dane będą przetwarzane w celu przedłożenia Panu/Pani oferty marketingowej polskich podmiotów zależnych od podmiotu dominującego wobec ING Usługi Finansowe S.A. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych osobowych i prawo ich poprawiania. Dane podane zostały dobrowolnie.

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko

Podpis

Data

WSPÓŁUBEZPIECZONY

Imię i nazwisko

Podpis

Data

Pieczęć Ubezpieczającego