



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ UMOWĄ BEST DOCTORS® ORGANIZACJA I LECZENIE ZA GRANICĄ DLA CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami.

I. UBEZPIECZAJĄCY

		Numer polisy	_____
<p>Ubezpieczający jest administratorem Pana/Pani danych osobowych podanych w niniejszym dokumencie dla celów objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na życie („Umowa”) z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (ERGO Hestia) i wykonywania przez Ubezpieczającego obowiązków wynikających z Umowy.</p> <p>ERGO Hestia jest administratorem Pana/Pani danych osobowych przekazanych przez Ubezpieczającego w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy i wykonywania przez ERGO Hestię obowiązków wynikających z Umowy. Pełna treść oświadczenia ERGO Hestii jako administratora danych osobowych znajduje się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.</p>			

II. UBEZPIECZONY (PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

<input type="checkbox"/> Małżonek ubezpieczonego pracownika	<input type="checkbox"/> Dziecko ubezpieczonego pracownika	<input type="checkbox"/> Partner ubezpieczonego pracownika
Imię i nazwisko _____		
PESEL _____	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Obywatelstwo _____
Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____	Miejsce urodzenia _____	
Data zatrudnienia pracownika, którego małżonek/dziecko/partner składa deklarację przez pracodawcę _____	Data zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem (dotyczy małżonków) _____	
Telefon _____	E-mail _____	

III. ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA OSOBY UBEZPIECZANEJ (PROSIMY O PODANIE AKTUALNEGO ADRESU)

Kraj _____	Miejscowość _____	Kod _____	
Poczta _____	Ulica _____	Numer domu _____	Numer lokalu _____
<p>Wnoszę o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. (Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przesłanie decyzji na Druku zmian.)</p>			<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

IV. ADRES KORESPONDENCYJNY OSOBY UBEZPIECZANEJ (PROSIMY WYPEŁNIĆ JEŻELI JEST INNY NIŻ STAŁY ADRES ZAMIESZKANIA)

Kraj _____	Miejscowość _____	Kod _____	
Poczta _____	Ulica _____	Numer domu _____	Numer lokalu _____

V. UBEZPIECZENIE

Typ ubezpieczenia	Hestia Rodzina	Proponowana data (DD:MM:RRRR) rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej może ulec zmianie na mocy postanowień umowy ubezpieczenia)	_____
Suma ubezpieczenia	1 000 zł	Składka	_____

VI. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Zakres świadczeń	Poziom odpowiedzialności
Zgon Ubezpieczonego	1 000 zł
Best Doctors® - organizacja i leczenie za granicą (wymagany kwestionariusz zdrowotny do oceny ryzyka ubezpieczeniowego)	do 1.000.000 EURO w roku polisowym

VII. BENEFICJENCI GŁÓWNI

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma (łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)				100%

VIII. BENEFICJENCI DODATKOWI (WYPŁATA BENEFICJENTOWI DODATKOWEMU ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NASTĄPI TYLKO W PRZYPADKU, GDY ŻADNEMU Z BENEFICJENTÓW GŁÓWNYCH NIE PRZYSŁUGUJE ŚWIADCZENIE LUB WSZYSCY BENEFICJENCI GŁÓWNI NIE ŻYJĄ)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma (łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)				100%

XI. OŚWIADCZENIA I ZGODY SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ PRZYSTĘPUJĄCĄ DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez wskazanego w niniejszej deklaracji Ubezpieczającego z ERGO Hestia, zgodnie z treścią tej umowy i Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina wraz z Zasadami oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia Best Doctors® - Organizacja i leczenie za granicą, które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego.

Jednocześnie oświadczam, iż otrzymałem/am ww. Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie składki (w przypadku gdy składka ubezpieczeniowa jest finansowana przez Ubezpieczonego) i je akceptuję.

Wyrażam zgodę, aby wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia podane ERGO Hestii przeze mnie w związku z obejmowaniem mnie ochroną ubezpieczeniową, były wykorzystywane przez ERGO Hestię w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie umowy grupowego ubezpieczenia, w zakresie którego składam niniejszą deklarację zgody, a w przypadku objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową również do wykonania umowy grupowego ubezpieczenia. <i>(Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową. Brak zaznaczenia okienka zgody jest równoznaczne z niewyrażeniem zgody.)</i>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji zgody (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): a) przebywam na zwolnieniu lekarskim, b) przebywam w szpitalu, c) przebywam w hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium, d) jestem uznany/a za niezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
---	--

UPOWAŻNIENIA DO ZASIEGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM (OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIENIŃ UZALEŻNIA SIĘ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ. BRAK ZAZNACZENIA OKIENKA JEST RÓWNOZNACZNE Z NIETYRAŻENIEM UPOWAŻNIENIA)

W przypadku objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową upoważniam ERGO Hestię do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz przez 3 lata od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Upoważniam ERGO Hestię, na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz przez 3 lata od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci.	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA INNY NIŻ PISMO TRWAŁY NOŚNIK

Wyrażam zgodę, aby ERGO Hestia przekazywała mi informacje lub dokumenty dotyczące umowy ubezpieczenia na innym niż papier trwałym nośniku (tj. na podany przeze mnie adres e-mail, na płycie CD, w indywidualnym koncie internetowym udostępnionym przez Ubezpieczyciela)*	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
--	---

OŚWIADCZENIE O UDOSTĘPNIANIU I PRZETWARZANIU DANYCH UBEZPIECZONEGO

Zgadzam się, aby moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia*.	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
---	---

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przesłanie decyzji na Druku zmian.

XII. PODPIS OSOBY UBEZPIECZANEJ

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i kompletne oraz zostały przekazane ERGO Hestii w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Zgadzam się, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszej deklaracji oraz w innych podpisanych przeze mnie dokumentach stanowiły podstawę objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach przedmiotowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis

XIII. OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECKO PRZYSTĘPUJE DO UBEZPIECZENIA

W związku z utrzymaniem ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przez osobę Ubezpieczaną, upoważniam pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia na życie mojego małżonka/partnera/dziecka z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

XV. PODPIS PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECKO PRZYSTĘPUJE DO UBEZPIECZENIA

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis

XVI. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ REPREZENTUJĄCĄ UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany/a, posiadający/a pełnomocnictwo do reprezentowania Ubezpieczającego potwierdzam, że przekazałem/am osobie wnioskującej o ubezpieczenie: Ogólne Warunki Ubezpieczenia i wnioskuję o objęcie ubezpieczeniem osobą składającą deklarację zgody, na podstawie niniejszego dokumentu oraz wszystkich innych dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem.

XVII. PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
