



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE GRUPOWYM UBEZPIECZENIEM NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. UBEZPIECZAJĄCY

	Numer polisy
--	--------------

II. UBEZPIECZONY (PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

<input type="checkbox"/> Małżonek ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/> Dziecko ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/> Partner ubezpieczonego pracownika			
Nazwisko			
Imiona			
Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Miejsce urodzenia	Obywatelstwo
PESEL		Data potrącenia pierwszej składki ubezpieczeniowej (DD:MM:RRRR)	
Dokument stwierdzający tożsamość		Numer dokumentu	
Data zatrudnienia pracownika, którego małżonek /dziecko/partner składa deklarację (DD:MM:RRRR)		Data (DD:MM:RRRR) zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem (dotyczy małżonków)	

III. DANE ADRESOWE (PROSIMY O PODANIE STAŁEGO ADRESU ZAMIESZKANIA)

Kraj		Miejscowość		Kod	
Poczta		Ulica		Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny		Komórkowy		
E-mail					
Wnioskuję 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).					<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

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

Kraj		Miejscowość		Kod	
Poczta		Ulica		Numer domu	Numer lokalu

V. DANE PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECKO SKŁADA DEKLARACJĘ

Nazwisko	
Imiona	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)

VI. UBEZPIECZENIE

Typ ubezpieczenia: Grupowe Ubezpieczenie na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina	Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (DD:MM:RRRR)
Suma ubezpieczenia	

VII. ŚWIADCZENIA

--

VIII. SKŁADKA

Wysokość składki regularnej	Częstotliwość opłacania składki regularnej	Procentowy udział ubezpieczonego w składce regularnej
	miesięczna	100%

IX. BENEFICJENCI GŁÓWNI

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział [w %]*
1.				
2.				
3.				

X. BENEFICJENCI DODATKOWI**

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział [w %]*
1.				
2.				

* Łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%.

** 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.

XI. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA jest administratorem Pana/Pani danych osobowych. Szczegółowe informacje znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

XII. 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 Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie (dalej: ERGO Hestia), zgodnie z treścią tej umowy i Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina (kod: HR 01/15) wraz z Zasadami oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń Dodatkowych (proszę zaznaczyć „x” potwierdzający wybór dodatkowych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia):

- Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Medical Assistance (kod: MAS 01/12),
 Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia MediPlan (kod: MED 01/15),
 Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Ryzyk Związanych z Wykonywaniem Zawodu Nauczyciela (kod: NAU 01/10),
które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego.

Jednocześnie oświadczam, iż otrzymałem/am ww. Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową 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. (Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową. Brak zaznaczenia okienka zgody jest równoznaczne z niewyrażeniem zgody.)	<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) hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium,
d) jestem uznana/y za niezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.

- NIE TAK
 NIE TAK
 NIE TAK
 NIE TAK

UPOWAŻNIENIA DO ZASIEGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM

(OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIEŃ UZALEŻNIA SIĘ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, BRAK ZAZNACZENIA OKIENKA JEST RÓWNOZNACZNE Z NIEWYRAŻENIEM 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 (Dz.U.2017.1170 tekst jednolity ze zm.), od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili 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 (Dz.U.2017.1170 tekst jednolity ze zm.) (Dz.U. z 2015r., poz. 1844 ze zm.), 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 wysokości 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; 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.

XIII. 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

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

W związku z otrzymaniem 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 osoby składającej 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
