

Imię i Nazwisko Ubezpieczonego	PESEL	Adres zamieszkania/ do korespondencji
Adres e-mailowy i numer telefonu :		

Imię i Nazwisko członka rodziny	PESEL	Adres zamieszkania/ do korespondencji

Nr deklaracji

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ZMIANY*

(*niepotrzebne skreślić)

NNW wraz z DZIENNYM ŚWIADCZENIEM SZPITALNYM

Na podstawie znanych mi warunków ubezpieczenia wyrażam zgodę na przystąpienie do programu ubezpieczenia zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz dziennego świadczenia szpitalnego.

Okres ochrony: od

Ubezpieczony	WARIANTY	Suma ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków*	Suma ubezpieczenia – kwota dziennego świadczenia szpitalnego**	Składka miesięczna łącznie	
Ubezpieczony tylko członek Stowarzyszenia	I	2.000,00 zł	55 zł	15 zł	<input type="checkbox"/>
	II	2.000,00 zł	75 zł	20 zł	<input type="checkbox"/>
	III	2.000,00 zł	95 zł	25 zł	<input type="checkbox"/>
Ubezpieczony członek Stowarzyszenia i jego rodzina	IV	2.000,00 zł	55 zł	30 zł	<input type="checkbox"/>
	V	2.000,00 zł	75 zł	40 zł	<input type="checkbox"/>
	VI	2.000,00 zł	95 zł	50 zł	<input type="checkbox"/>

*Zakres całodobowy, ograniczony do zgonu ubezpieczonego w wyniku NNW

**Suma ubezpieczenia za 24 godziny pobytu w szpitalu

Skontaktuj się z nami:

www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA NNW/DŚS:

Imię i Nazwisko	PESEL	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w %
1.				
2.				
3.				
4.				

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA:

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 roku o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002 roku, poz. 926 z późn. zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług),
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie albo osób trzecich, którym przekazywane są te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ:

Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz dziennego świadczenia szpitalnego, zawartej z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, zgodnie z treścią tej umowy i Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego.

Jednocześnie oświadczam, iż otrzymałem ww. Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie składki i je akceptuję.

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

Zgadzam się na przesyłanie, przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość, dokumentów, oświadczeń i korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych, w tym dotyczących zawartych i zawieranych ze mną umów ubezpieczenia, przy użyciu podanych przeze mnie danych kontaktowych. Poinformuję tego Ubezpieczyciela o zmianie adresu do korespondencji elektronicznej lub numeru telefonu.

Zgadzam się, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszej deklaracji oraz w innych podpisanych przeze mnie dokumentach stanowiły podstawę mojego przystąpienia do przedmiotowej umowy grupowego ubezpieczenia oc w życiu prywatnym i/lub następstw nieszczęśliwych wypadków wraz z dziennym świadczeniem szpitalnym.

Imię i Nazwisko	Miejscowość	Data	Podpis

OŚWIADCZENIE O WYSTĄPIENIU Z UMOWY

Niniejszym oświadczam, że z dniem występuję z Umowy Ubezpieczenia zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz dziennego świadczenia szpitalnego.

Imię i Nazwisko	Miejscowość	Data	Podpis