

XXXXXXX

VII. ZAKRES ŚWIADCZEŃ - ubezpieczenie oprócz świadczeń podstawowych ma obejmować

1. Zasiłek dzienny z tytułu pełnej czasowej niezdolności do wykonywania pracy lub choroby	<input type="checkbox"/>	A04-04
2. Zwrot kosztów leczenia	<input type="checkbox"/>	A04-05
3. Jednorazowe świadczenie z tytułu trwałej utraty zdolności do wykonywania pracy	<input type="checkbox"/>	A04-06
4. Dzielne świadczenie szpitalne	<input type="checkbox"/>	A04-07
5. Zwrot kosztów rehabilitacji	<input type="checkbox"/>	A04-08

IX. DANE DOTYCZĄCE PRZEBIEGU SZKODOWOŚCI

Poprzedni ubezpieczyciel

1 rok temu _____

2 lata temu _____

3 lata temu _____

Dotychczasowy przebieg ubezpieczenia: szkodowe bezszkodowe

Miejscowość _____	(dzień, miesiąc, rok) _____	Podpis Ubezpieczającego _____
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

JAKO OSOBE UPRAWNIĄĄ DO ODBIORU ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU MOJEJ ŚMIERCI WYZNACZAM

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia _____
(dzień, miesiąc, rok)

Miejscowość _____	(dzień, miesiąc, rok) _____	Podpis Ubezpieczonego _____
-------------------	-----------------------------	-----------------------------

Ubezpieczający oświadcza, że został mu okazane i zapoznał się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Sopotckiego Towarzystwa Ubezpieczeń Ergo Hestia SA oraz potwierdza, że przed zawarciem umowy otrzymał tekst ogólnych warunków ubezpieczenia wraz z klauzulami dodatkowymi, na podstawie których umowę zawarto oraz zapoznał się z nimi i zaakceptował ich treść.

podpis składającego oświadczenie

dzień D D M M R R R R R R

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami), Sopotckie 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 k.c., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych niż wymienione powyżej inne cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

Telefoniczne Centrum Obsługi Klientów
Hestia Kontakt 0 801 107 107*
lub (+58) 555 56 55

*opłata za połączenie równa jednemu taryfikacyjnemu TP SA

Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe, przekazane Sopotckiemu Towarzystwu Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione Sopotckiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej, pod adresem: www.hestia.pl - do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego ich własnych produktów (usług).

podpis składającego oświadczenie**

dzień D D M M R R R R R R

** od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia

Miejscowość _____	(dzień, miesiąc, rok) _____	Podpis Ubezpieczającego _____
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

Miejscowość _____	(dzień, miesiąc, rok) _____	Podpis przyjmującego wniosek _____
-------------------	-----------------------------	------------------------------------

Warunki ubezpieczenia, zakres oraz składka zgodnie z ofertą STU Ergo Hestia S.A. z dnia 05.02. 2008 r. nr 02450/AS/GU/2008/1/ dla ŚMSU w Pszczynie.