



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. UBEZPIECZAJĄCY

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

II. OSOBA UBEZPIECZANA

Imię i nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Miejsce urodzenia
PESEL		Data zatrudnienia przez pracodawcę (DD:MM:RRRR)	Obywatelstwo
Dokument stwierdzający tożsamość		Numer dokumentu	
Stanowisko			

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

Kraj	Miejscowość	Kod	
Poczta	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy	
E-mail			
<input type="checkbox"/> Wnioskuje o to by wszelkie zawiadomienia, oświadczenia składane przez ERGO Hestię w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz odpowiedzi na składane przeze mnie reklamacje wynikające z niniejszej umowy były dostarczane drogą elektroniczną na wskazany adres poczty elektronicznej.			

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

Kraj	Miejscowość	Kod	
Poczta	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Skrytka pocztowa			

V. UBEZPIECZENIE

Typ ubezpieczenia	
Proponowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (DD:MM:RRRR)	Suma ubezpieczenia

Świadczenia

--

VI. SKŁADKA

Wysokość składki regularnej	Częstotliwość opłacania składki regularnej	Procentowy udział pracownika w składce regularnej	Procentowy udział pracodawcy w składce regularnej
-----------------------------	--	---	---

VII. BENEFICJENCI GŁÓWNI

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w % ¹
1)				
2)				
3)				

VIII. BENEFICJENCI DODATKOWI²

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział w % ¹
1)				
2)				
3)				

¹ Łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%.

² 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.

IX. OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz. U. z 2015r., poz. 2135) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych dotyczących okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytuje przed przystąpieniem do ubezpieczenia, pobranych zgodnie z art 815 k.c. oraz pozostałych danych osobowych podanych przez Pana/ią w niniejszej deklaracji dobrowolnie, które będą przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz do 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 cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

X. OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ

OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez wskazanego w niniejszej deklaracji Ubezpieczającego z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, zgodnie z treścią tej umowy i Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (w tym Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń dodatkowych), 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.

Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji zgody (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	
a) przebywam w szpitalu, hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
b) przebywam na zwolnieniu lekarskim	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

ZGODA NA POTRĄCĄNIE SKŁADKI PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

Upoważniam pracodawcę do potrącania składek na poczet finansowanej przeze mnie części składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

ZGODY I UPOWAŻNIENIA DO ZASIĘGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM

Wyrażam zgodę, która jest jednocześnie upoważnieniem, aby na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015.poz 1844.), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, mogło uzyskać od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o moim stanie zdrowia określonych w ustawie, również po mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda i upoważnienie są nieodwołalne.

Wyrażam zgodę, na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015.poz 1844.) przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 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. Powyższa zgoda jest nieodwołalna i obowiązuje również po mojej śmierci.

Wyrażam zgodę, która jest jednocześnie upoważnieniem, aby na podstawie art.14 ust.2 pkt 3, art. 26 ust.1 i ust 3 pkt 7) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012r., poz. 159 ze zm.), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, mogło uzyskać od podmiotów udzielających mi świadczeń zdrowotnych, pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - również po mojej śmierci. Powyższa zgoda i upoważnienie są nieodwołalne.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA INNY NIŻ PISMO TRWAŁY NOŚNIK

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji lub dokumentów dotyczących umowy ubezpieczenia na innym niż pismo trwałym nośniku.

NIE TAK

OŚWIADCZENIE O UDOSTĘPNIANIU I PRZETWARZANIU DANYCH UBEZPIECZONEGO

Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe, przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione do przetwarzania Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług).

NIE TAK

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

XI. PODPIS OSOBY UBEZPIECZANEJ

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i kompletne oraz zostały przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA 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 mojego przystąpienia do przedmiotowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Nazwisko i imię	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)	Podpis

XII. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ REPREZENTUJĄCĄ UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany/a, reprezentując Ubezpieczającego, potwierdzam, że przekazałem/am OWU osobie wnioskującej o ubezpieczenie oraz potwierdzam, że osoba składająca niniejszą deklarację spełnia przyjętą definicję pracownika, potwierdzam dane dotyczące stanowiska i daty zatrudnienia u Ubezpieczającego tej osoby, a także wnioskuję o objęcie jej ubezpieczeniem na podstawie niniejszej deklaracji oraz wszystkich innych dokumentów dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem.

XIII. PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwisko i imię	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)	Podpis

XIV. OŚWIADCZENIE O WYZNACZENIU PARTNERA

Oświadczam, że nie posiadam współmałżonka lub pozostaję z nim w orzeczonej przez sąd separacji. Oświadczam, że wraz z poniżej wskazaną osobą prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, zamieszkuję z nim/nią pod tym samym adresem oraz nie jestem z nim/nią ani spowinowacony/a ani spokrewniony/a.

Dane partnera

Imię i nazwisko	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
PESEL	Miejsce urodzenia
Seria i numer dowodu osobistego	
Załącznik: Deklaracja zgody na objęcie umową grupowego ubezpieczenia na życie dla partnera pracownika ubezpieczającego	

Podpis ubezpieczonego pracownika

Nazwisko i imię	Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)	Podpis