



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE GRUPOWYM UBEZPIECZENIEM 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	Obywatelstwo
PESEL		Data zatrudnienia przez pracodawcę (DD:MM:RRRR)	
Dokument stwierdzający tożsamość		Numer dokumentu	
Stanowisko			

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

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

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

Kraj		Miejscowość	Kod	
Pocztą		Ulica	Numer domu	Numer lokalu

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)				
2)				
3)				

VIII. BENEFICJENCI DODATKOWI**

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

* 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.

