



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE GRUPOWYM UBEZPIECZENIEM NA ŻYCIE

I. UBEZPIECZAJĄCY

| | |
|-----------------|--------------|
| Imię i Nazwisko | Numer polisy |
|-----------------|--------------|

II. OSOBA UBEZPIECZANA

| | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|---|--------------|
| Imię i Nazwisko | | | |
| Płeć | 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 | |
| Poczta | | Ulica | | Numer domu | Numer lokalu |
| Telefon | Stacjonarny | | Komórkowy | | |
| E-mail | | | | | |

| | |
|--|---|
| Wnoszę o przesłanie 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. 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) | | | | |
| 2) | | | | |

VIII. BENEFICJENCI DODATKOWI**

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

IX. 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. |
|---|

* 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.



X. 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 oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie składki (w przypadku gdy składka ubezpieczeniowa jest finansowana przez Ubezpieczonego) 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; przebywam w hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium; jestem uznana/y za niezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzecznikiem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzonym społecznie, c) w okresie ostatnich 5 lat rozpoznano u mnie lub byłam/am diagnozowany/a lub leczony/na bądź przebywałem/am pod stałą opieką lekarską z powodu następujących schorzeń: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady serca, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatii, miażdżycy naczyń, tętniaka, cukrzycy (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży), nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej, talasemii, hemofilii lub trombofilii), nowotworu łagodnego mózgu lub rdzenia kręgowego, udaru mózgu, krwotoku śródmózgowego, porażenia (paraliżu), przewlekłej niewydolności oddechowej, niewydolności nerek, marskości wątroby, choroby alkoholowej (zespołu zależności alkoholowej) lub uzależnienia od narkotyków, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, AIDS, zakażenia wirusem HIV lub innej choroby, w zakresie której zalecenie lekarskie obejmowało lub obejmuje wykonanie przeszczepu narządu, d) zamierzam zasięgnąć porady lekarskiej, oczekuję na wyniki lub wykonanie badań diagnostycznych lub zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu wymienionych powyżej chorób, które rozpoznano u mnie lub w kierunku których jestem lub byłam/am diagnozowany/a lub leczony/na | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK |
|---|--|

ZGODA OSOBY UBEZPIECZANEJ NA POTRĄCENIE 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.

UPOWAŻNIENIA DO ZASIEGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM (OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIEŃ UZALEŻNIA SIĘ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ. BRAK ZAZNACZENIA OKIENKA JEST RÓWNOZNAZCZNE Z NIETYTUŁOWANIE 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, 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, do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały 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 ustalenie mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością 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 oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli istnieły dane dotyczące przeprowadzenia; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego 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 informację 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.

XI. 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 i data (DD:MM:RRRR) | Podpis |
|-----------------|---------------------------------|--------|

XII. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ REPREZENTUJĄCĄ UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany/a, reprezentując Ubezpieczającego, potwierdzam, że przekazałem/am osobie wnioskującej o ubezpieczenie: Ogólne Warunki Ubezpieczenia oraz potwierdzam, że osoba składająca niniejszą deklarację spełnia 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.

| | | |
|-----------------|---------------------------------|--------|
| Imię i Nazwisko | Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) | Podpis |
|-----------------|---------------------------------|--------|

XIV. OŚWIADCZENIE O WYZNACZENIU PARTNERA

Oświadczam, że nie pozostaję w związku małżeńskim z osobą trzecią. Oświadczam, że wraz z poniżej wskazaną osobą pozostaję w nieformalnym związku, prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, zamieszkuję z nią/nim pod tym samym adresem oraz nie jestem z nim/nią spokrewniony/a. Zobowiązuję się do zapoznania partnera, którego dane osobowe przekazuję do ERGO Hestii w celu objęcia mnie ubezpieczeniem i wykonania umowy ubezpieczenia, z klawiszującą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przekazaną mi przez ERGO Hestię.

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

| | | |
|-----------------|---------------------------------|--------|
| Imię i Nazwisko | Miejscowość i data (DD:MM:RRRR) | Podpis |
|-----------------|---------------------------------|--------|