



Wniosek o Zawarcie Umowy Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami. W przypadku niezakreślenia okienka zgody, odpowiedź uważana będzie za negatywną, w przypadku istnienia wariantów odpowiedzi prosimy wybrać właściwe pole i zakreślić je znakiem x.

Wypełniony druk należy przesłać - na adres: STUnŻ ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot - listem poleconym lub osobiście dostarczyć do siedziby Towarzystwa.

I. DANE POŚREDNIKA (WYPEŁNIA POŚREDNIK JEŻELI UMOWA ZAWIERANA JEST ZA JEGO POŚREDNICTWEM)

Dane pośrednika (imię i nazwisko, adres email, numer telefonu)	Numer umowy agencji
---	------------------------

II. BADANIE POTRZEB KLIENTA (OD POZYTYWNEJ ODPOWIEDZI NA PONIŻSZE PYTANIA UZALEŻNIAMY ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA)

Wypełnia poszukujący ochrony:

- ☐ zapoznałem się z OWU IK 01/15, z informacjami o produkcie ubezpieczeniowym (RÓZDZIAŁ III poniżej),
- ☐ otrzymałem informacje od Ubezpieczającego z umowy grupowego ubezpieczenia o zakresie ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji, wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej,
- ☐ proponowane ubezpieczenie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie na warunkach określonych w OWU IK 01/15 (z uwzględnieniem karencji, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela) oraz zakres ubezpieczenia, są zgodne z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie poszukiwanej ochrony ubezpieczeniowej.

III. INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM

Poniżej przedstawione informacje o produkcie ubezpieczeniowym nie są wyczerpujące. Pełne informacje podane są w OWU IK 01/15.

Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU IK 01/15.

Ubezpieczyciel	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, dalej: ERGO Hestia
Typ ubezpieczenia	Indywidualna kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie, Dział I, Grupa 1 i 5
OWU IK 01/15	Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin (kod IK 01/15) wraz z Załącznikiem nr 1 (zasady oceny ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu), wraz z Aneksami nr 1-4, łącznie dalej: OWU IK 01/15
Cel produktu	Ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego na całym świecie.
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	W produkcie występują karencje (okres braku odpowiedzialności) oraz wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności (sytuacje w których Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego lub sytuacji w których Ubezpieczyciel jest uprawniony do obniżenia świadczenia). Szczegółowe zasady odpowiedzialności Ubezpieczyciela, definicje poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, karencje, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz zasady ustalania składki ubezpieczeniowej określone są w OWU IK 01/15.
Kto może być ubezpieczony?	Były pracownik ubezpieczającego objęty ubezpieczeniem grupowym przez okres co najmniej 6 miesięcy lub były pracownik ubezpieczającego, objęty ubezpieczeniem grupowym przez okres co najmniej 1 miesiąca jeżeli umowa o pracę wiążąca go z ubezpieczającym, została rozwiązana z powodu reorganizacji lub likwidacji zakładu pracy; Pracownik ubezpieczającego przebywający na urlopie macierzyńskim, wychowawczym lub urlopie bezpłatnym; Małżonek lub partner i pełnoletnie dziecko - pod warunkiem indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przez pracownika.
Kto nie może być ubezpieczony?	Były pracownik ubezpieczającego nie spełniający powyższych kryteriów; Pracownik ubezpieczającego z wyjątkiem pracownika przebywającego na urlopie macierzyńskim, wychowawczym, bezpłatnym; Małżonek lub partner pracownika oraz pełnoletnie dziecko - jeżeli pracownik nie kontynuuje indywidualnego ubezpieczenia grupowego.
Okres trwania umowy	Umowa roczna z możliwością przedłużenia na kolejne okresy 12-miesięczne.
Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy	Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi oświadczenie w tym przedmiocie. Jeżeli koniec okresu wypowiedzenia, ustalonego w sposób wskazany w zdaniu poprzednim, nie przypada w ostatnim dniu okresu, za który opłacona jest składka ubezpieczeniowa, okres wypowiedzenia ulegnie zmianie. W tej sytuacji umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu na koniec okresu, za który opłacona jest składka ubezpieczeniowa i w trakcie którego doszło do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Oświadczenia o odstąpieniu lub wypowiedzeniu umowy mogą być złożone w formie pisemnej lub w inny sposób ustalony pomiędzy stronami.
Sposób opłacenia składek i okresy płatności	Przelew przez Ubezpieczającego na indywidualny numer konta bankowego wskazany w polisie. Kwartalna częstotliwość opłacania składki zgodnie z terminem wskazanym w polisie.
Zgłaszanie roszczeń	Elektronicznie pod adresem https://zgloszenia.ergohestia.pl , a także listownie na adres ERGO Hestii.

IV. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Wariant ubezpieczenia zależy od wariantu wybranego przez Ubezpieczającego w umowie grupowej, którego dotyczy umowa indywidualnej kontynuacji

Wariant Podstawowy	Wariant Rozszerzony	Wariant Maksymalny
☒ Zgon Ubezpieczonego	☒ Zgon Ubezpieczonego ☒ Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ☒ Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku	☒ Zgon Ubezpieczonego ☒ Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ☒ Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ☒ Zgon małżonka ☒ Zgon małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku ☒ Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego ☒ Zgon dziecka ☒ Zgon rodzica/teścia ☒ Urodzenie się dziecka ☒ Urodzenie martwego noworodka ☒ Poważne zachorowanie Ubezpieczonego ☒ Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku

V. DANE UBEZPIECZONEGO (WYPEŁNIA UBEZPIECZONY)

☒ UBEZPIECZONY W UMOWIE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA = UBEZPIECZAJĄCY W UMOWIE INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI

Imię			
Nazwisko			
PESEL	Płeć ☐ K ☐ M	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Obywatelstwo
Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	Państwo urodzenia		

Czy osoba ubiegająca się o indywidualne kontynuowanie grupowego ubezpieczenia na życie jest (prosimy zaznaczyć właściwy kwadrat)?

☐ Byłym pracownikiem

☐ Współmałżonkiem byłego pracownika

☐ Inną osobą (jaką?)

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

Kraj		Miejscowość	Kod	
			-	
Pocztą		Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny		Komórkowy	
E-mail*				

*podanie e-mail jest wymagane w przypadku zawierania umowy na odległość.

VII. ZGODA NA PRZESŁANIE INFORMACJI O UBEZPIECZENIU NA E-MAIL

Wyrażam zgodę na użycie przez ERGO Hestię podanego przeze mnie adresu e-mail w celu przedstawiania informacji o Ubezpieczeniu Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia Na Życie, w tym OWU IK (zgoda wymagana w przypadku zawierania umowy indywidualnej kontynuacji na odległość).	☐ NIE ☐ TAK
Wnioskuję o przesyłanie przez ERGO Hestia 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 indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przesłanie decyzji na Druku zmian.)	☐ NIE ☐ TAK

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

Kraj	Miejscowość	Kod	
		-	
Pocztą	Ulica	Numer domu	Numer lokalu

IX. DANE Z POLISY

Nazwa dotychczasowego pracodawcy	
Numer polisy grupowej	Numer potwierdzenia objęcia umową grupowego ubezpieczenia na życie

X. BENEFICJENCI GŁÓWNI

(PROSIMY O WSKAZANIE BENEFICJENTÓW - W RAZIE BRAKU WSKAZANIA BENEFICJENTA - UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA SĄ OSOBY WSKAZANE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma				100%

XI. BENEFICJENCI DODATKOWI

(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)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma				100%

XII. INNE ZMIANY

Dyspozycje innych zmian

XIII. PODSTAWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Data zatrudnienia przez pracodawcę (DD:MM:RRRR)	Okres, za który opłacano składkę w grupie
Podstawa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie (prosimy wpisać przyczynę opuszczenia grupy)	

XIV. W PRZYPADKU BRAKU 12-MIESIĘCZNEJ OCHRONY GRUPOWEJ W NASZYM TOWARZYSTWIE PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZYCH RUBRYK

Czy ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia zrezygnował z innego ubezpieczenia grupowego obowiązującego wówczas u pracodawcy?	Jeżeli tak prosimy wpisać okres obejmowania ubezpieczeniem w poprzedniej umowie ubezpieczenia grupowego (od DD:MM:RRRR - do DD:MM:RRRR)
☐ NIE ☐ TAK	od do

XV. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZycIELA

ERGO Hestia jest administratorem Pana/Pani danych osobowych. Pełna treść oświadczenia ERGO Hestii jako administratora danych osobowych znajduje się w OWU IK 01/15.

XVI. OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ

Niniejszym wnioskuję o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. Oświadczam, że otrzymałem/am Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin (kod: IK 01/15) na podstawie których zawarta zostanie z ERGO Hestią umowa ubezpieczenia - zgodnie z niniejszym wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oraz że zapoznałem/am się z ww. Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia i w pełni je akceptuję.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA (OD WYRAŻENIA ZGODY NA PONIŻSZE UZALEŻNIA SIĘ ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI)

Wyrażam zgodę, aby dane dotyczące mojego stanu zdrowia podane ERGO Hestii w związku z zawieraniem umów ubezpieczenia, były wykorzystywane przez ERGO Hestię w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie tej umowy, a w przypadku jej zawarcia również do wykonania umowy w zakresie ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia.

UPOWAŻNIENIA DO ZASIEGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM (OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIEŃ UZALEŻNIA SIĘ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ /ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA. BRAK ZAZNACZENIA OKIENKA JEST RÓWNOZNACZNE Z NIEWYRAŻENIEM UPOWAŻNIENIA)

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia upoważniam ERGO Hestię do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2018r., poz. 999 ze zm.), od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będących podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. **Z uwagi na fakt, iż przetwarzanie powyżej wymienionych danych jest niezbędne do 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 3 lat od daty jej zakończenia.**

Upoważniam ERGO Hestię, na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2018r., poz. 999 ze zm.), do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem 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 zostanie przeprowadzona; 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 fakt, iż przetwarzanie powyżej wymienionych danych jest niezbędne do 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 3 lat od daty jej zakończenia.**

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne¹, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne² lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne³.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę o podanie źródła pochodzenia majątku:
☐ umowa o pracę/emerytura, ☐ działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód, ☐ darowizna/spadek, ☐ wygrana losowa, ☐ inne.

¹ Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2018, poz. 723) przez osobą zajmującą eksponowane stanowiska polityczne rozumie się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargé d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej;

² Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2018, poz. 723) przez członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne rozumie się:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne;

³ Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 12 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2018, poz. 723) przez osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne rozumie się:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA INNY NIŻ PISMO TRWAŁY NOŚNIK

Wyrażam zgodę, aby ERGO Hestia przekazywała mi informacje 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).
(Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia na odległość).

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*.

^{*} Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną w ramach umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przesłanie decyzji na Druku zmian.

Oświadczam, że przed złożeniem niniejszego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie dystrybutor ubezpieczeń:

- zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe (weryfikacja potrzeb Klienta w Rozdziale II),
- przekazał mi wymagane ustawą o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. z 2017r., poz. 2486 ze zm.), dalej „ustawa o dystrybucji”, obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym (informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte w niniejszym wniosku),
- przekazał mi wymagane ustawą o dystrybucji informacje o dystrybutorze.

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie oraz innych dokumentach przedłożonych ERGO Hestii w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem, stanowiły podstawę do zawarcia wnioskowanej umowy ubezpieczenia.

Miejscowość	Data (DD-MM-RRRR)	Podpis Ubezpieczonego

Prosimy o wpłacenie pierwszej kwartальной składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy: Pekao SA: 85 1240 1053 1111 0010 3349 5816 w tytule wpłaty prosimy wpisać: IK
Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony przez ERGO Hestię wyłącznie w przypadku otrzymania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.
Wraz z niniejszym wnioskiem prosimy o dostarczenie kserokopii dowodu wpłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej oraz kopii dokumentu tożsamości (dla celów bezpieczeństwa zalecamy przekreślenie kopii dokumentu tożsamości i opatrzenie jej opisem „Dokument przekazywany do przetwarzania ERGO Hestii w celach objęcia ochroną”).

Oświadczam, iż przed złożeniem niniejszego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie:

- przeprowadziłem badanie potrzeb oraz wymagań ubezpieczeniowych Ubezpieczającego, w rozumieniu ustawy (weryfikacja potrzeb Klienta w Rozdziale II),
- przekazałem Ubezpieczającemu wymagane ustawą o dystrybucji obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym (informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte w niniejszym wniosku),
- przekazałem Ubezpieczającemu wymagane ustawą o dystrybucji informacje o dystrybutorze ubezpieczeń,
- doręczyłem Ubezpieczającemu OWU IK 01/15 do proponowanego produktu ubezpieczeniowego.

XVIII. PODPIS POŚREDNIKA - DYSTRYBUTORA UBEZPIECZEŃ

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Pośrednika

Typ ubezpieczenia grupowego	
Data rozpoczęcia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym	
Data zakończenia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym	
Wysokość składki należnej z tytułu IKG	
Wysokość wpłaconej składki	
Data wpływu pierwszej składki na konto Ubezpieczyciela	
Data rozpoczęcia ochrony w polisie IKG	
Uwagi	

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data (DD-MM:RRRR)	Podpis

1. Umowa indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie zawierana jest z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1; (dalej: „ERGO Hestia”), wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk - Północ, VIII Wydział Gospodarczy pod numerem KRS 0000024807, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł, działającą na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Jeżeli przy zawieraniu umowy indywidualnej kontynuacji w imieniu ERGO Hestii działa przedstawiciel, to podaje on swoje imię i nazwisko (nazwę) oraz adres zamieszkania (siedzibę) w Rzeczypospolitej Polskiej przy pierwszym kontakcie z konsumentem.
3. Wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia może zostać złożony w okresie pierwszych trzech miesięcy licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który opłacono ostatnią składkę ubezpieczeniową w ramach umowy grupowej. Umowa indywidualnej kontynuacji może zostać zawarta jeżeli konsument ma prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zgodnie z OWU IK oraz umową grupowego ubezpieczenia.
4. Wypełniony wniosek o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji należy przesłać listownie na adres ERGO Hestii, pośrednika ubezpieczeniowego lub osobiście dostarczyć do jej siedziby. ERGO Hestia będzie porozumiewała się z konsumentem za pomocą poczty elektronicznej na adres e-mail lub listownie na adres korespondencyjny konsumenta.
5. Istotne właściwości świadczenia i jego przedmiot określają Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin (kod IK 01/15), dalej: OWU IK, oraz polisa ubezpieczeniowa. Zakres ubezpieczenia zależy od pakietu świadczeń wybranego przez Ubezpieczającego w umowie grupowego ubezpieczenia, którego dotyczy umowa indywidualnej kontynuacji i może to być:
 - pakiet maksymalny (zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, zgon małżonka, zgon małżonka wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, zgon rodzica, zgon teścia, zgon dziecka, urodzenie się dziecka, urodzenie martwego noworodka, osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego, poważne zachorowanie ubezpieczonego, leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku), albo
 - pakiet rozszerzony (zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku), albo
 - pakiet podstawowy (zgon ubezpieczonego).

Bez względu na obowiązujący pakiet ubezpieczenia, warunki ubezpieczenia po ukończeniu przez Ubezpieczającego 70 roku życia ulegają zmianie zgodnie z zakresem obowiązującym w pakiecie podstawowym oraz obowiązującym w danym dniu taryfę ubezpieczeniową.

6. Koszty oraz termin i sposób świadczenia ochrony ubezpieczeniowej określają OWU IK oraz umowa ubezpieczenia potwierdzona polisą. Wysokość składki ubezpieczeniowej i sumy ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji wyliczana jest na podstawie przyjętego przez Ubezpieczającego wariantu ubezpieczenia w umowie grupowej oraz na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji. Składka ubezpieczeniowa jest opłacana kwartalnie. Wpłata na poczet pierwszej składki powinna zostać dokonana w dniu składania przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji. Wszystkie kolejne składki powinny być opłacane przelewem bankowym z góry, do daty, z którą stają się one wymagalne. Opłaty związane z płatnościami składek ubezpieczeniowych oraz podatki obciążają Ubezpieczającego.
7. Informacje o zakresie ubezpieczenia indywidualnej kontynuacji, wysokości sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej, przekazywane są przez Ubezpieczającego z umowy grupowego ubezpieczenia lub przez ERGO Hestię na adres e-mail. Informacja o składce ubezpieczeniowej ma charakter wiążący przez trzy miesiące.
8. W przypadku umowy indywidualnej kontynuacji zawieranej na odległość, Ubezpieczający może odstąpić od umowy w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia poinformowania o zawarciu umowy ubezpieczenia (otrzymania polisy). Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia, na zasadach, o których mowa w zdaniu poprzedzającym umowa ubezpieczenia uważana jest za niezawartą, ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka zostaje zwrócona w pełnej wysokości.
9. W związku z korzystaniem ze środków porozumiewania się na odległość konsument ponosi koszty opłat pobieranych przez jego operatorów środków porozumiewania się na odległość (dostawcy internetu konsumenta, operatorzy telefoniczni konsumenta).
10. Umowa indywidualnej kontynuacji zawierana jest na czas określony - do dnia poprzedzającego pierwszą rocznicę polisy, z możliwością jej przedłużenia na kolejne 12-miesięczne okresy, na zasadach określonych w OWU IK.
11. Ubezpieczający, Ubezpieczony, uposażony (beneficjent główny lub dodatkowy) lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłosić zastrzeżenie dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja):
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl, 2) telefonicznie, pod numerem: 801 107 107 lub 58 555 5 555, 3) pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, 4) uстно lub pisemnie podczas wizyty w jednostce ERGO Hestii.
12. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać spory pod rozstrzygnięcie sądu polubownego. Spory wynikające z umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a ERGO Hestią mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
13. Językiem stosowanym w relacjach ERGO Hestii z konsumentem jest język polski.
14. Prawem właściwym, które stanowi podstawę dla stosunków ERGO Hestii z konsumentem przed zawarciem umowy oraz prawem właściwym do zawarcia i wykonania umowy jest prawo polskie.
15. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

INFORMACJE O ZAKŁADZIE UBEZPIECZEŃ

podawane zgodnie z obowiązkiem wynikającym art. 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 o dystrybucji ubezpieczeń (Dz. U. poz. 2486 z 2017 roku) i dotyczy przypadków gdy umowa indywidualnej kontynuacji jest zawierana bez udziału pośrednika

NAZWA FIRMY ORAZ ADRES JEGO SIEDZIBY:

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA
z siedzibą w Sopocie (81-731 Sopot) przy ul. Hestii 1.

INFORMACJA O CHARAKTERZE WYNAGRODZENIA, OTRZYMYWANEGO PRZEZ OSOBY WYKONUJĄCE CZYNNOŚCI DYSTRYBUCYJNE ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ W ZWIĄZKU Z PROPONOWANYM ZAWarciEM UMOWY UBEZPIECZENIA:

Osoby wykonujące czynności dystrybucyjne zakładu ubezpieczeń otrzymują wynagrodzenie z tytułu umowy o pracę. Ponadto, mogą otrzymywać od zakładu ubezpieczeń także wynagrodzenie innego rodzaju - w postaci korzyści ekonomicznych lub zachęt finansowych i niefinansowych (np. finansowanie szkoleń, konkursów lub innych działań wspierających dystrybucję ubezpieczeń).

INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI ZŁOŻENIA REKLAMACJI, WNIESIENIA SKARGI ORAZ POZASĄDOWEGO ROZWIĄZANIA SPORÓW:

Reklamacja, skarga może być złożona w następujący sposób:

1. Ubezpieczający, ubezpieczony, beneficjent lub uprawniony z umowy ubezpieczenia, a także poszukujący ochrony ubezpieczeniowej (Klient) mogą wnieść reklamacje dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię lub agenta ubezpieczeniowego.
2. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez ERGO Hestię oraz Agentów wyłącznego ERGO Hestii, to jest działającego wyłącznie w imieniu lub na rzecz jednego ubezpieczyciela.
 - 1) Reklamację można złożyć w następujący sposób:
 - poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl;
 - telefonicznie, pod numerem: 801 107 107, 58 555 55 55;
 - pisemnie, na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO na Życie Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
 - 2) Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
 - 3) Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji albo pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej reklamację.
 - 4) W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania. O konieczności przedłużenia terminu do udzielenia odpowiedzi na reklamację Klient zostanie poinformowany w 30-dniowym terminie.
 - 5) W niestandardowych sprawach Klient może zwrócić się do Rzecznika Klienta ERGO Hestii poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
 - 6) Klient może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl.
3. Zasady wnoszenia reklamacji na usługi świadczone przez tzw. multiagenta, to jest Agentów, który działa w imieniu lub na rzecz ERGO Hestii oraz innych ubezpieczycieli - w zakresie niezwiązany z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

Reklamacje w zakresie niezwiązany z udzielaną ochroną ubezpieczeniową należy składać bezpośrednio Agentowi, który świadczył usługi w zakresie dystrybucji ubezpieczeń. Reklamacje rozpatrywane są bezpośrednio przez tego Agentów. W przypadku wpływu takiej reklamacji do ERGO Hestii, ERGO Hestia przekazuje reklamację niezwłocznie Agentowi, informując o tym jednocześnie Klienta występującego z reklamacją.