

Wniosko-Polisa nr P/N ORYGINAŁ

Okres ubezpieczenia: od do

Ubezpieczenie „Bezpieczna Praca”

Warunki ubezpieczenia „Bezpieczna Praca” na wypadek utraty pracy oraz pobytu w szpitalu dla Klientów Oney Polska S.A. (kod: ONL-01/16)

Rodzaje zdarzeń ubezpieczeniowych, suma ubezpieczenia i świadczenia ubezpieczeniowe

L.p.	Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego	Suma ubezpieczenia	Wysokość świadczenia miesięcznego
1.	Utrata pracy	3300 zł	Wariant I – świadczenie miesięczne z tytułu utraty pracy albo pobytu w szpitalu w wysokości 550 zł.
2.	Pobyt w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku albo choroby		

Składka ubezpieczeniowa za cały okres ubezpieczenia: 156 zł (słownie: sto pięćdziesiąt sześć złotych)

Wariant ubezpieczenia:

Wariant I – świadczenie miesięczne z tytułu utraty pracy albo pobytu w szpitalu w wysokości 550 zł.

Ubezpieczający/Ubezpieczony

Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

Imię i nazwisko:

PESEL:

Dane kontaktowe:

Adres zamieszkania:

Adres korespondencyjny:

Tel. kontaktowy:

Adres e-mail:

Oświadczenia Ubezpieczającego

Oświadczam Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. (zwanemu dalej również „Ubezpieczycielem”), że:

- 1) chcę zawrzeć Umowę Ubezpieczenia na podstawie Warunków ubezpieczenia „Bezpieczna Praca” na wypadek Utraty Pracy oraz Pobytu w Szpitalu dla Klientów Oney Polska S.A. (kod: ONL-01/16)” (zwanym w niniejszej Wniosko-Polisie również „Warunkami Ubezpieczenia” lub „WU”),
- 2) przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia doręczono mi tekst WU, na podstawie których zawierana jest z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. Umowa Ubezpieczenia – potwierdzona niniejszą Wniosko-Polisą, jak również w pełni akceptuję zapisy w nich zawarte, w tym zakres udzielanej mi Ochrony Ubezpieczeniowej, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokość Sumy Ubezpieczenia, wysokość Świadczeń z Umowy Ubezpieczenia i zasady ich wypłat,
- 3) zostało mi okazane i zapoznałem/am się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia Umowy Ubezpieczenia w imieniu Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie,
- 4) zostałem/am poinformowany/a o możliwości odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia,
- 5) Wyrażam zgodę, na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust 8 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015r., poz. 1844) przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. w Sopocie 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,
- 6) na podstawie art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015.poz 1844.) w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 do zasięgania (również po mojej śmierci), w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, od każdego z podmiotów, wykonujących działalność leczniczą, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarzek, położnych) informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, zakres informacji obejmuje 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,

- 7) na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2013.950 j.t.) w przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 do zasięgnięcia (również po mojej śmierci), w celu ustalenia prawa do Świadczenia z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową, od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych,
- 8) przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2014.1182 j.t.) Ubezpieczyciel jest administratorem moich danych osobowych, podanych przeze mnie w niniejszej Wniosko-Polisie dobrowolnie, które będą przez Ubezpieczyciela przetwarzane wyłącznie w celu wywiązania się z zawartej Umowy Ubezpieczenia,
- 9) zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane, wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody,
- 10) wyrażam zgodę, aby wszelkie oświadczenia złożone w niniejszej Wniosko-Polisie oraz innych dokumentach przedłożonych Ubezpieczycielowi w związku z zawieraniem Umowy Ubezpieczenia stanowiły podstawę do zawarcia tej Umowy Ubezpieczenia.
- 11) udzielam / nie udzielam* Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie zgody na doręczanie mi przez tego Ubezpieczyciela – z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość: telefon, strony internetowe – wszelkich dokumentów, oświadczeń czy innej, bieżącej korespondencji w związku z wykonywaniem i obsługą zawartych przeze mnie z tym Ubezpieczycielem umów ubezpieczenia.
- 12) wnioskuję / nie wnioskuję* o przesyłanie mi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail wszelkiej korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych, w tym również odpowiedzi na złożoną reklamację,
- 13) wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej Wniosko-Polisie są prawdziwe i kompletne oraz zostały przekazane Ubezpieczycielowi w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

*) niewłaściwe skreślić

Wszelkie wyrażenia użyte w niniejszej Wniosko-Polisie przyjmują znaczenie nadane im w Warunkach Ubezpieczenia.

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Złożenie podpisu w polu znajdującym się powyżej równoznaczne jest ze złożeniem wniosku o ubezpieczenie.

Oświadczenia dla Agenta

Zgoda marketingowa Oney Polska S.A.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, adresu zamieszkania (i/lub korespondencyjnego), adresu email, numeru telefonu w celu marketingu produktów i usług Oney Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (00-876), przy ul. Ogrodowej 58, w tym z zastosowaniem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących. Przyjmuję jednocześnie do wiadomości, że mam prawo żądania informacji o zakresie przetwarzania moich danych osobowych, prawo dostępu do treści tych danych, uzupełniania, uaktualniania i sprostowania danych, gdy są one niekompletne, nieaktualne lub nieprawdziwe, wycofania zgody w każdym momencie oraz że podanie danych jest dobrowolne.

.....

Miejsce i data

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Zgoda na komunikację elektroniczną Oney Polska S.A.

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji handlowych przez Oney Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (00-876), przy ul. Ogrodowej 58 drogą elektroniczną zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. nr 144, poz. 1204 ze zm.).

.....

Miejsce i data

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Klauzula Informacyjna Oney Polska S.A.

Podane dane osobowe do celów marketingowych i archiwalnych będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.), jednocześnie zgodnie z art. 24 ust.1 tejsze ustawy informujemy, że administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Oney Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (00-876), przy ul. Ogrodowej 58.

.....

Miejsce i data

Podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego

Dane pośrednika ubezpieczeniowego

Numer Nazwa **Oney Polska S.A.**

Dane osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne

Numer Imię i nazwisko

_____ Podpis osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne**

**Niniejszy dokument stanowi potwierdzenie ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie pod warunkiem zaakceptowania wniosku.