



## DRUK ZMIAN – UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE ERGO 4

### I. POLISA

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

### II. UBEZPIECZONY/WSPÓLUBEZPIECZONY (niepotrzebne skreślić)

Nazwisko i imię Ubezpieczonego		Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	
-----------------------------------	--	--------------------------------	--

### III. UBEZPIECZAJĄCY (prosimy o wypełnienie tylko w przypadku, gdy ubezpieczającym i ubezpieczonym nie jest ta sama osoba i zmiana dotyczy Ubezpieczającego)

Nazwisko i imię Ubezpieczającego		Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	
-------------------------------------	--	--------------------------------	--

### 1. Zmiana danych Ubezpieczonego/Ubezpieczającego/Współubezpieczonego (niepotrzebne skreślić)

Nazwisko	Seria i numer dokumentu tożsamości	Termin ważności dokumentu tożsamości
----------	------------------------------------	--------------------------------------

TAK  NIE  Wnioskuję o przesłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość, w tym środków komunikacji elektronicznej (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych.\*

TAK  NIE  Zgadzam się na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowej od Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) przy użyciu podanych przeze mnie danych kontaktowych.\*

TAK  NIE  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.\*

\* W przypadku braku wypełnienia sekcji dotyczącej zgód w procesie obsługi umowy ubezpieczenia będą miały zastosowanie dotychczas złożone oświadczenia w tym zakresie.

### 2. Zmiana adresu stałego zamieszkania/adresu do korespondencji (niepotrzebne skreślić)

Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod	Miejscowość
Numer telefonu	E-mail		Poczta	

### 3. Zmiana beneficjentów (zmiana może zostać dokonana wyłącznie przez Ubezpieczonego)

#### a) Nowi beneficjenci główni

Nazwisko i imiona	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>Suma</b>			<b>100%</b>

b) Nowi beneficjenci dodatkowi (beneficjenci dodatkowi są uprawnieni do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego tylko i wyłącznie w przypadku, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
<b>Suma</b>			<b>100%</b>

4. Zmiana cesjonariusza (zmiana może zostać dokonana wyłącznie przez Ubezpieczonego)

Nazwa cesjonariusza		NIP / REGON		Miejscowość
Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Kod - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	Poczta

5. Zmiany w umowie ubezpieczenia ze skutkiem w najbliższą rocznicę polisy

a) zmiana częstotliwości opłacania składki

Miesięczna     Kwartalna     Półroczna     Roczna

b) rezygnacja z indeksacji składki w rocznicę polisy

TAK  Oświadczam, że rezygnuję z indeksacji składki z tytułu Ubezpieczenia życia w najbliższą rocznicę polisy\*.

TAK  Oświadczam, że rezygnuję z indeksacji składki z tytułu Ubezpieczenia życia do końca okresu ubezpieczenia.

\* Rezygnacja z indeksacji składki w dwóch kolejnych, następujących po sobie latach powoduje brak indeksacji składki do końca okresu ubezpieczenia.

c) nieprzedłużanie ochrony ubezpieczeniowej w rocznicę polisy

TAK  Oświadczam, że rezygnuję z przedłużania ochrony ubezpieczeniowej w ramach ubezpieczenia .....  
w najbliższą rocznicę polisy.

d) rezygnacja z ubezpieczenia

TAK  Oświadczam, że rezygnuję z ubezpieczenia .....

6. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia/Odstąpienie od umowy ubezpieczenia/Rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej

TAK  Oświadczam, że jako Ubezpieczający wypowiadam umowę ubezpieczenia ERGO 4, na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie ERGO 4.

TAK  Oświadczam, że jako Ubezpieczający odstępuję od umowy ubezpieczenia ERGO 4, na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie ERGO 4.

TAK  Oświadczam, że jako Ubezpieczony rezygnuję z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia ERGO 4, na warunkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie ERGO 4.

7. Propozycje innych zmian

.....  
.....  
.....  
.....

IV. PODPIS UBEZPIECZONEGO/WSPÓLUBEZPIECZONEGO (niepotrzebne skreślić)

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR) [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	Podpis
-----------------	-------------	---	--------

V. PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO (prosimy o wypełnienie tylko w przypadku, gdy ubezpieczającym i ubezpieczonym nie jest ta sama osoba, a o dokonanie zmian wnioskuję ubezpieczający)

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR) [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	Podpis
-----------------	-------------	---	--------

VI. PODPIS PRZEDSTAWICIELA ERGO HESTII

Potwierdzam autentyczność złożonych powyżej podpisów (podpis wymagany, jeżeli wniosek składany jest w obecności przedstawiciela ERGO Hestii)

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR) [ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	Podpis
-----------------	-------------	---	--------



**Wypełniony druk należy przesać:**

na adres Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA  
ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

lub w formie skanu podpisanego dokumentu za pośrednictwem formularza kontaktowego  
dostępnego na stronie [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych	
Administrator danych	Sopockie Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. (dalej: „ERGO Hestia”) Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Numer telefonu: 801 107 107 lub 58 555 55 55
Inspektor ochrony danych	Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Dane kontaktowe inspektora ochrony danych	Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot Adres email: iod@ergohestia.pl Formularz kontaktowy znajduje się w sekcji Ochrona Danych Osobowych na stronie www.ergohestia.pl
Cele przetwarzania	Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: <ul style="list-style-type: none"> <li>• wykonanie umowy ubezpieczenia;</li> <li>• wykonania umowy o świadczenie usług drogą elektroniczną;</li> <li>• związanych z obsługą klientów i interesantów za pośrednictwem infolinii – Pani/Pana dane osobowe mogą być przetwarzane w postaci nagrania rozmowy;</li> <li>• reasekuracja ryzyk;</li> <li>• marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora danych osobowych – w przypadku marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych będziemy stosować profilowanie; oznacza to, że na podstawie danych opracujemy profil marketingowy, aby przedstawiać oferty dopasowane do potrzeb;</li> <li>• rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań dotyczących usług świadczonych przez ERGO Hestię, a także wniosków i zapytań skierowanych do ERGO Hestii;</li> <li>• wypełnienie obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, wynikających z ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu (dalej: „ustawa o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu”);</li> <li>• wypełnienia obowiązków ciążących na administratorze danych osobowych w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki;</li> <li>• analitycznym i statystycznym.</li> </ul>
Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonywania umowy;</li> <li>• prawnie uzasadniony interes administratora danych osobowych, taki jak marketing bezpośredni produktów i usług własnych administratora, dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z obejmowaniem ochroną i zawarciem umowy ubezpieczenia, analityka i statystyka;</li> <li>• wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych osobowych wynikających z przepisów prawa krajowego i międzynarodowego, w tym prawa Unii Europejskiej;</li> <li>• uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Munich Re (do której należy administrator danych osobowych), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane;</li> <li>• zgoda w przypadku jej dobrowolnego wyrażenia.</li> </ul>
Odbiorcy danych	Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazane: <ul style="list-style-type: none"> <li>• zakładom reasekuracji;</li> <li>• podmiotom wykonującym działalność leczniczą;</li> <li>• innym podmiotom w przypadku udzielania odrębnej zgody w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług;</li> <li>• innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora;</li> <li>• podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii, m.in. dostawcom usług IT, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych;</li> <li>• w przypadku udzielenia odrębnej zgody dane osobowe mogą być przekazane innym zakładom ubezpieczeń w celu marketingu bezpośredniego ich produktów i usług.</li> </ul>
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prawo dostępu do swoich danych osobowych;</li> <li>• prawo żądania sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania ich danych osobowych;</li> <li>• prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim są one przetwarzane na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania;</li> <li>• prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania ich do innego administratora;</li> <li>• prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych;</li> <li>• prawo do wycofania zgody, bez wpływu na zgodność z prawem czynności podjętych przed jej wycofaniem.</li> </ul>
Przekazywanie poza Europejski Obszar Gospodarczy	ERGO Hestia przekaże Pani/Pana dane osobowe do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym, jeżeli okaże się to niezbędne do wykonania łączącej nas umowy ubezpieczenia. ERGO Hestia zapewni odpowiednie zabezpieczenia tych danych osobowych. W sprawie informacji o sposobach uzyskania kopii tych zabezpieczeń lub o miejscu ich udostępnienia należy się skontaktować z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych.
Inne informacje	Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. W przypadku udzielenia stosownej zgody dane osobowe będą wykorzystywane do celów określonych w tej zgodzie (np. w celach marketingowych), do momentu jej wycofania. Dane będą przetwarzane dla celów analitycznych i statystycznych przez okres 12 lat od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.  Podanie danych osobowych w związku z zawartą umową jest konieczne do obsługi umowy ubezpieczenia w zakresie wprowadzenia zmian określonych w niniejszym dokumencie.