SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE ERGO HESTIA SA
ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. NIP 585-12-45-589. Wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł.

# DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ UMOWĄ BEST DOCTORS® ORGANIZACJA I LECZENIE ZA GRANICĄ DLA CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami.

## I. UBEZPIECZAJĄCY

| | |
|---|---|
| | Numer polisy |

## II. UBEZPIECZONY (PROSZĘ ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

☐ Małżonek ubezpieczonego pracownika ☐ Dziecko ubezpieczonego pracownika ☐ Partner ubezpieczonego pracownika

| | | |
|---|---|---|
| Imię i nazwisko | | |
| PESEL | Płeć K ☐ M ☐ | Obywatelstwo |
| Data urodzenia (DD:MM:RRRR) | Miejsce urodzenia | |
| Data zatrudnienia pracownika, którego małżonek/ dziecko/partner składa deklarację przez pracodawcę | Data zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem (dotyczy małżonków) | |
| Telefon | E-mail | |

## III. ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA OSOBY UBEZPIECZANEJ (PROSIMY O PODANIE AKTUALNEGO ADRESU)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kraj | Miejscowość | Kod - | |
| Poczta | Ulica | Numer domu | Numer lokalu |

**Wnioskuję 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.)*

☐ Tak ☐ Nie

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| Kraj | Miejscowość | Kod - | |
| Poczta | Ulica | Numer domu | Numer lokalu |

## V. UBEZPIECZENIE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Typ ubezpieczenia **Hestia Rodzina** | Proponowana data (DD:MM:RRRR) rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej może ulec zmianie na mocy postanowień umowy ubezpieczenia) | | |
| Suma ubezpieczenia | **1 000 zł** | Składka | |

## VI. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

| Zakres świadczeń | Poziom odpowiedzialności |
|---|---|
| Zgon Ubezpieczonego | **1 000 zł** |
| **Best Doctors® - organizacja i leczenie za granicą** (wymagany kwestionariusz zdrowotny do oceny ryzyka ubezpieczeniowego) | **do 1.000.000 EURO w roku polisowym** |

## VII. BENEFICJENCI GŁÓWNI

| Nazwisko i imiona | Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Stopień pokrewieństwa | Kwota [w %] |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| **Suma** (łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%) | | | | 100% |

## VIII. BENEFICJENCI DODATKOWI (WYPŁATA BENEFICJENTOWI DODATKOWEMU ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NASTĄPI TYLKO W PRZYPADKU, GDY ŻADNEMU Z BENEFICENTÓW 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** (łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%) | | | | 100% |



Skontaktuj się z nami:
**801 107 107*, 58 555 5 555**
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
**www.ergohestia.pl**

## XI. 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.**

## XII. 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 wraz z Zasadami oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia Best Doctors® - Organizacja i leczenie za granicą, 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.<br>*(Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową. Brak zaznaczenia okienka zgody jest równoznaczne z niewyrażeniem zgody.)* | ☐ |

| | |
|---|---|
| **Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji zgody** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):<br>a) przebywam na zwolnieniu lekarskim,<br>b) przebywam w szpitalu,<br>c) hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium,<br>d) jestem uznana/y za niezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym. | ☐ **NIE** ☐ **TAK**<br>☐ **NIE** ☐ **TAK**<br>☐ **NIE** ☐ **TAK**<br>☐ **NIE** ☐ **TAK** |

## UPOWAŻNIENIA DO ZASIĘGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM

(OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIEŃ UZALEŻNIA SIĘ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ. BRAK ZAZNACZENIA OKIENKA JEST RÓWNOZNACZNE Z NIEWYRAŻENIEM 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. | ☐ |
| 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 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 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. | ☐ |

## 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)* | ☐ **NIE** ☐ **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*. | ☐ **NIE** ☐ **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.

## XIII. 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** | **Data** (DD:MM:RRRR) | **Podpis** |
|---|---|---|---|
| | | | |

## XIV. OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECKO PRZYSTĘPUJE DO UBEZPIECZENIA

W związku z otrzymaniem ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przez osobę Ubezpieczaną, upoważniam pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia na życie mojego małżonka/partnera/dziecka z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

## XV. PODPIS PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECKO PRZYSTĘPUJE DO UBEZPIECZENIA

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

## XVI. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ REPREZENTUJĄCĄ UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany/a, posiadający/a pełnomocnictwo do reprezentowania Ubezpieczającego potwierdzam, że przekazałem/am osobie wnioskującej o ubezpieczenie: Ogólne Warunki Ubezpieczenia i wnioskuję o objęcie ubezpieczeniem osoby składającej deklarację zgody, na podstawie niniejszego dokumentu oraz wszystkich innych dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem.

## XVII. PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ UBEZPIECZAJĄCEGO

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



Skontaktuj się z nami:
**801 107 107*, 58 555 5 555**
*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora
**www.ergohestia.pl**