

**POTWIERDZENIE OBJĘCIA UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**

NUMER POLISY

TYP UBEZPIECZENIA

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA**

UBEZPIECZAJĄCY

UBEZPIECZONY

DATA URODZENIA

NUMER POTWIERDZENIA

DATA ROZPOCZĘCIA OCHRONY

SUMA UBEZPIECZENIA

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

CZĘSTOTLIWOŚĆ SKŁADKI

PAKIET INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

**NINIEJSZY DOKUMENT POTWIERDZA WARUNKI UBEZPIECZENIA OBOWIĄZUJĄCE OD DNIA:**

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

ŚWIADCZENIE

SKŁADKA

**Szczegółowe zasady odpowiedzialności Ubezpieczyciela, definicje poszczególnych zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, karencje, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz zasady ustalania składki ubezpieczeniowej określone są w wskazanych powyżej Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.**

DODATKOWE LUB ODMIENNE KLAUZULE I POSTANOWIENIA STRON

BENEFICJENCI

Zgłoszenie świadczenia przez stronę: <https://zgloszenia.ergohestia.pl>  
Assistance Medyczny – telefonicznie: **(22) 522 29 94**  
MediPlan – telefonicznie: **(22) 522 29 94**

Dyrektor Zarządzający ds. Rozwoju Ubezpieczeń na Życie  
Sławomir Kamiński

Dokument sporządzono: **Sopot, r.**