



## DRUK ZMIAN INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

### I. POLISA

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

### II. UBEZPIECZONY

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)

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

#### 1. Zmiana adresu Ubezpieczonego/Ubezpieczającego (niepotrzebne skreślić)

##### a) Poprzedni adres stały zamieszkania/adres do korespondencji (niepotrzebne skreślić)

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

##### b) Nowy adres stały zamieszkania/adres do korespondencji (niepotrzebne skreślić)

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

#### 2. 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>

#### 3. Zmiana częstotliwości opłacania składki

##### a) poprzednia częstotliwość opłacania składki

<input type="checkbox"/> Miesięczna	<input type="checkbox"/> Kwartalna	<input type="checkbox"/> Półroczna	<input type="checkbox"/> Roczna
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

##### b) nowa częstotliwość opłacania składki

<input type="checkbox"/> Miesięczna	<input type="checkbox"/> Kwartalna	<input type="checkbox"/> Półroczna	<input type="checkbox"/> Roczna
-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

#### 4. Wnioskuję o wydanie duplikatu polisy

#### 5. Propozycje innych zmian

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---

**6. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe** (dotyczy ubezpieczeń na życie umożliwiających inwestowanie środków w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe).  
**Dyspozycje zmian stanu jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych**

**6.1 Zmiana alokacji**

Zmiana alokacji składki regularnej*		Zmiana alokacji wpłaty dodatkowej*	
Fundusz	[%]	Fundusz	[%]
1.		1.	
2.		2.	
3.		3.	
4.		4.	
5.		5.	
6.		6.	
<b>Suma</b>		<b>Suma</b>	
<b>100%</b>		<b>100%</b>	

\* Dyspozycja zakupu nowych jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych z dokładnością do 5%.  
 W przypadku, gdy suma udziałów nie jest równa 100%, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczającego o ponowne złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku.

**7.2 Konwersja jednostek uczestnictwa\*\***

Fundusz	Fundusz obecny [%]	Fundusz docelowy [%]
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
<b>Suma</b>		<b>100%</b>

\*\* Zmiana dotychczas zgromadzonych jednostek uczestnictwa w danym Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym na jednostki uczestnictwa innego lub innych funduszy.  
 W przypadku konwersji jednostek uczestnictwa należy wpisać pożądaną zmianę - wartość [w %] jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, z którego dokonywana będzie konwersja na rzecz funduszu/y docelowego/ych. Jeżeli produkt ubezpieczeniowy dopuszcza odmienną alokację, ze względu na rodzaj konta lub subkonta, należy określić jakiego konta lub subkonta konwersja dotyczy.

**IV. PODPIS UBEZPIECZONEGO**

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 WNIOSKUJE UBEZPIECZAJĄCY)

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
.....	.....	_ _ _ _ _ _ _ _ _	.....

**VI. PODPIS PRZEDSTAWICIELA ERGO HESTII**

Potwierdzam autentyczność złożonych powyżej podpisów\*\*\*

Nazwisko i imię	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
.....	.....	_ _ _ _ _ _ _ _ _	.....

\*\*\* Podpis wymagany, jeżeli wniosek składany jest w obecności przedstawiciela ERGO Hestii.

**VII. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZYCIELA**

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych	
Administrator danych	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. 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



**Wypełniony druk należy przesłać na adres:**  
 Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA  
 ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

Cele przetwarzania	<p>Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• wykonanie umów ubezpieczenia;</li> <li>• rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań;</li> <li>• reasekuracja ryzyk;</li> <li>• wypełnienie obowiązków instytucji obowiązanej wynikających z ustawy przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, wypełnienie obowiązku wymiany informacji podatkowej ze Stanami Zjednoczonymi wynikającego z ustawy o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (dalej: ustawa FATCA), wypełnienie obowiązków wynikających z ustawy o wymianie informacji podatkowej z innymi państwami (dalej: ustawa CRS);</li> <li>• prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym);</li> </ul> <p>W przypadku przetwarzania Pani/Pana danych w celu marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora danych będziemy stosować profilowanie. Oznacza to, że na podstawie Pani/Pana danych i innych informacji opracujemy profil marketingowy, aby przedstawić Pani/Panu oferty dopasowane do Pani/Pana potrzeb. Na podstawie takiego profilu nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany.</p>
Podstawy prawne przetwarzania	<ul style="list-style-type: none"> <li>• przetwarzanie danych osobowych jest niezbędne do wykonania umowy ubezpieczenia;</li> <li>• prawnie uzasadnione interesy administratora danych (prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług, dochodzenie roszczeń, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym);</li> <li>• wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości, ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, raportowaniu wynikającemu z ustawy FACTA oraz ustawy CRS).</li> </ul>
Odbiorcy danych	<p>Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie ERGO Hestii (m.in. dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacyjne, windykacyjne, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne roszczeń, organizującym lub wykonującym czynności związane z postępowaniem likwidacyjnym roszczeń);</li> <li>• zakładom reasekuracji;</li> <li>• podmiotom wykonującym działalność leczniczą;</li> <li>• innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych;</li> </ul>
Prawa związane z przetwarzaniem danych	<ul style="list-style-type: none"> <li>• prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania;</li> <li>• prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora danych (np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania);</li> <li>• prawo do przenoszenia danych osobowych (tj. do otrzymania od administratora danych Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przestania do innego administratora);</li> <li>• prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.</li> </ul> <p>W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.</p>
Przekazywanie poza Europejski Obszar Gospodarczy	<p>ERGO Hestia przekaze 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. Może Pani/Pan otrzymać kopię przekazanych danych oraz żądać wskazania miejsca udostępnienia danych. W tej sprawie należy się skontaktować z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych.</p>
Inne informacje	<p>Dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych (rachunków, faktur) dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, ustawy FACTA, ustawy CRS.</p> <p>Podanie danych osobowych jest konieczne do wykonania umowy, bez podania danych osobowych nie będzie to możliwe.</p>