



# DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

## I. UBEZPIECZAJĄCY

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

## II. UBEZPIECZONY (PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

<input type="checkbox"/> Małżonek ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/> Dziecko ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/> Partner ubezpieczonego pracownika			
Nazwisko			
Imiona			
Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Miejsce urodzenia	Obywatelstwo
PESEL		Data potrącenia pierwszej składki ubezpieczeniowej (DD:MM:RRRR)	
Dokument stwierdzający tożsamość		Numer dokumentu	
Data zatrudnienia pracownika, którego małżonek /dziecko/partner składa deklarację (DD:MM:RRRR)		Data (DD:MM:RRRR) zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem (dotyczy małżonków)	

## III. DANE ADRESOWE (PROSIMY O PODANIE STAŁEGO ADRESU ZAMIESZKANIA)

Kraj		Miejscowość		Kod	
Pocztą		Ulica		Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy		E-mail	
<input type="checkbox"/> Wnoszę o to by wszelkie zawiadomienia, oświadczenia składane przez ERGO Hestia w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz odpowiedzi na składane przeze mnie reklamacje wynikające z niniejszej umowy były dostarczane drogą elektroniczną na wskazany adres poczty elektronicznej.					

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

Kraj		Miejscowość		Kod	
Pocztą		Ulica		Numer domu	Numer lokalu
Skrytka pocztowa					

## V. DANE PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECKO SKŁADA DEKLARACJĘ

Nazwisko	
Imiona	Data urodzenia (DD:MM:RRR)

## VI. UBEZPIECZENIE

Typ ubezpieczenia: <b>Grupowe Ubezpieczenie na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina</b>	Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (DD:MM:RRRR)
Suma ubezpieczenia	

## VII. ŚWIADCZENIA

--	--	--	--

## VIII. SKŁADKA

Wysokość składki regularnej	Częstotliwość opłacania składki regularnej	Procentowy udział ubezpieczonego w składce regularnej	Procentowy udział ubezpieczającego w składce regularnej
-----------------------------	--	---	---

**IX. BENEFICJENCI GŁÓWNI**

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział [w %]*
1.				
2.				
3.				

**X. BENEFICJENCI DODATKOWI\*\***

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział [w %]*
1.				
2.				

\* Łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%.

\*\* Wypłata beneficjentowi dodatkowemu świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego nastąpi tylko w przypadku, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją

**XI. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz.U. z 2015r., poz 2135) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 kc., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz do celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług). Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

**XII. OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ****OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**

Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej przez wskazanego w niniejszej deklaracji Ubezpieczającego z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, zgodnie z treścią tej umowy i Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia (w tym Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń dodatkowych), które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego.

Jednocześnie oświadczam, iż otrzymałem/am ww. Ogólne Warunki Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i je akceptuję.

Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji zgody (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):	
a) przebywam w szpitalu, hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
b) przebywam na zwolnieniu lekarskim	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

**ZGODY I UPOWAŻNIENIA DO ZASTĘPIANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM**

Wyrażam zgodę, która jest jednocześnie upoważnieniem, aby na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015.poz 1844.), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, mogło uzyskać od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o moim stanie zdrowia określonych w ustawie, również po mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda i upoważnienie są nieodwołalne.	
Wyrażam zgodę, na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015.poz 1844.) przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 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. Powyższa zgoda jest nieodwołalna i obowiązuje również po mojej śmierci.	
Wyrażam zgodę, która jest jednocześnie upoważnieniem, aby na podstawie art.14 ust.2 pkt 3, art. 26 ust.1 i ust 3 pkt 7) ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz.U. z 2012r., poz. 159 ze zm.), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, mogło uzyskać od podmiotów udzielających mi świadczeń zdrowotnych, pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej mojej osoby - również po mojej śmierci. Powyższa zgoda i upoważnienie są nieodwołalne.	

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA INNY NIŻ PISMO TRWAŁY NOŚNIK**

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji lub dokumentów dotyczących umowy ubezpieczenia na innym niż pismo trwałe nośniku.	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
--	---

**OŚWIADCZENIE O UDOŚTĘPNIANIU I PRZETWARZANIU DANYCH UBEZPIECZONEGO**

Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe, przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione do przetwarzania Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług).	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
---	---

\* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

**XIII. PODPIS OSOBY UBEZPIECZANEJ**

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszej deklaracji są prawdziwe i kompletne oraz zostały przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Zgadam się, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszej deklaracji oraz w innych podpisanych przeze mnie dokumentach stanowiły podstawę mojego przystąpienia do 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 oraz akceptacją 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 pracodawcy informuję o przekazaniu OWU osobie Ubezpieczanej i wnoszę 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
		_____	