

DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
I UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa ubezpieczającego	Nr polisy
------------------------	-----------

II OSOBA UBEZPIECZANA

Nazwisko i Imiona	PESEL	Miejsce urodzenia	Obywatelstwo
Adres stały (ulica, nr domu, nr lokalu, kod, miejscowość)	Telefon komórkowy	Data zatrudnienia	Stanowisko
Adres korespondencyjny (ulica, nr domu, nr lokalu, kod, miejscowość)	Adres e-mail	Data rozpoczęcia ochrony	

Wnioskuje o przesłanie 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.)	NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/>
---	---

III BENEFICJENCI GŁÓWNI (łączna wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)

Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Pokrewieństwo	Udział w %

IV BENEFICJENCI DODATKOWI (łączna wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)

Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Pokrewieństwo	Udział w %

V UBEZPIECZENIE
Deklaruję przystąpienie do ubezpieczenia Hestia Rodzina – proszę zaznaczyć odpowiedni wariant

Zakres ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> Wariant I	<input type="checkbox"/> Wariant II	<input type="checkbox"/> Wariant III	<input type="checkbox"/> Wariant IV
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym*	120 000 zł	135 000 zł	200 000 zł	320 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy *	80 000 zł	100 000 zł	140 000 zł	230 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym*	80 000 zł	100 000 zł	140 000 zł	230 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku *	50 000 zł	70 000 zł	80 000 zł	160 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu*	40 000 zł	60 000 zł	70 000 zł	150 000 zł
Zgon Ubezpieczonego	25 000 zł	35 000 zł	40 000 zł	80 000 zł
Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	4 500 zł	5 000 zł	5 500 zł	6 000 zł
Zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku *	18 000 zł	24 000 zł	30 000 zł	40 000 zł
Zgon małżonka	9 000 zł	12 000 zł	15 000 zł	20 000 zł
Zgon dziecka	3 000 zł	3 300 zł	5 000 zł	6 000 zł
Zgon rodzica / teścia	2 100 zł	2 400 zł	2 500 zł	3 600 zł
Urodzenie martwego noworodka	3 000 zł	3 600 zł	4 400 zł	5 000 zł
Urodzenie się dziecka	1 500 zł	1 800 zł	2 200 zł	2 500 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek NW - za 1% trwałego uszczerbku	350 zł	500 zł	600 zł	650 zł
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego: zakres komfort	6 000 zł	10 000 zł	15 000 zł	20 000 zł
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego w zależności od grupy operacji grupa: 3/grupa 2/ grupa 1	200zł/600zł/1000zł	300zł/900zł/1500zł	500zł/1500zł/2500zł	600zł/1800zł/3000zł
Leczenie specjalistyczne	do 1 000 zł	do 1 500 zł	do 2 000 zł	do 2 500 zł
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w pracy*	200 zł	240 zł	280 zł	360 zł
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym *	150 zł	180 zł	220 zł	270 zł
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego w pracy*	150 zł	180 zł	220 zł	270 zł
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego : wskutek nw – od 1 do 14 dnia/ od 15 do 180 dnia	100 zł/ 50 zł	120 zł/ 60 zł	160 zł/ 80 zł	180 zł/ 90 zł
: wskutek choroby – od 1 do 180 dnia	50 zł	60 zł	80 zł	90 zł
: OIOM - do 14 dnia	25 zł	30 zł	40 zł	45 zł
Czasowa niezdolność do pracy - powyżej 30 dni po wypisie ze szpitala - jednorazowo	250 zł	250 zł	250 zł	250 zł
Suma Ubezpieczenia	20 000 zł	20 000 zł	20 000 zł	20 000 zł
Składka miesięczna	34 zł	44 zł	54 zł	73,50 zł
Dodatkowo wnioskuje o rozszerzenie ochrony o Best Doctors® - organizacja i leczenie za granicą (wymagany kwestionariusz zdrowotny do oceny ryzyka ubezpieczeniowego)	58 zł <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			

VI 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.

VII 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 (kod: HR 01/15) wraz z Zasadami oceny, ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz: <input type="checkbox"/> Ogólnymi Warunkami Dodatkowego Ubezpieczenia Best Doctors® - Organizacja i leczenie za granicą, które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego. (proszę zaznaczyć „x” potwierdzający wybór dodatkowych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia)	
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. (Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową. Brak zaznaczenia okienka zgody jest równoznaczne z niewyrażeniem zgody.)	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej Deklaracji zgody (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):

- a) przebywam na zwolnieniu lekarskim,
b) przebywam w szpitalu,
c) hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium,
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
NIE TAK
NIE TAK
NIE TAK

ZGODA OSOBY UBEZPIECZANEJ NA POTRĄCANIE SKŁADKI PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

Upoważniam pracodawcę do potrącania składek na poczet finansowanej przeze mnie części składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

UPOWAŻNIENIA DO ZASIĘGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM

(OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIENIŃ 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.

VIII PODPIS OSOBY UBEZPIECZANEJ

Ja, niżej podpisany/a, reprezentując Ubezpieczającego, potwierdzam, że przekazałem/am osobie wnioskującej o ubezpieczenie: Ogólne Warunki Ubezpieczenia oraz potwierdzam, że osoba składająca niniejszą deklarację spełnia definicję pracownika, potwierdzam dane dotyczące stanowiska i daty zatrudnienia u Ubezpieczającego tej osoby, a także wnioskuję o objęcie jej ubezpieczeniem na podstawie niniejszej deklaracji oraz wszystkich innych dokumentów dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem.

.....
Data, podpis pieczęta osoby reprezentującej Ubezpieczającego

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.

.....
Data i podpis Pracownika

IX OŚWIADCZENIE O WYZNACZENIU PARTNERA

Oświadczam, że nie jestem w związku małżeńskim z osobą trzecią. Oświadczam, że wraz z poniżej wskazaną osobą pozostaję w nieformalnym związku, prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, zamieszkuję z nim/nią pod tym samym adresem oraz nie jestem z nim/nią spokrewniony/a.

Zobowiązuję się do zapoznania partnera, którego dane osobowe przekazuję do ERGO Hestii w celu objęcia mnie ubezpieczeniem i wykonania umowy ubezpieczenia, z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przekazaną mi przez ERGO Hestię.

Dane Partnera:

Imię i nazwisko		Data urodzenia
Pesel	Miejsce urodzenia	Seria i numer dowodu osobistego
Załącznik: Deklaracja zgody na objęcie umową grupowego ubezpieczenia na życie dla partnera pracownika ubezpieczającego		<input type="checkbox"/>

Podpis ubezpieczonego pracownika:

Imię i nazwisko	Miejscowość i data	Podpis
-----------------	--------------------	--------