

DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

I UBEZPIECZAJĄCY

| | |
|---|----------------------------|
| Nazwa ubezpieczającego FUNDACJA UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH | Nr polisy P09099 |
|---|----------------------------|

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 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.) | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> |
|--|---|

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

| Nazwisko i Imię | Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Pokrewieństwo | Udział w % |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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

| Nazwisko i Imię | Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Pokrewieństwo | Udział w % |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

V UBEZPIECZENIE

| Zakres ubezpieczenia | Wysokość świadczenia |
|---|------------------------------|
| Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym * | 200 000 zł |
| Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku * | 170 000 zł |
| Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub udaru mózgu | 110 000 zł |
| Zgon Ubezpieczonego | 50 000 zł |
| Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego | 5 250 zł |
| Zgon małżonka w wypadki w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym * | 32 500 zł |
| Zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku * | 25 000 zł |
| Zgon małżonka | 12 500 zł |
| Zgon dziecka | 3 600 zł |
| Zgon rodzica i teścia | 2 400 zł |
| Urodzenie martwego noworodka | 3 000 zł |
| Urodzenie się dziecka | 1 500 zł |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku | 450 zł |
| Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego - za 1% trwałego uszczerbku | 450 zł |
| Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego – świadczenie dzienne | 10 zł |
| Poważne zachorowanie Ubezpieczonego: zakres komfort | 5 400 zł |
| Poważna choroba Ubezpieczonego: HIV | 5 400 zł |
| Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (w zależności od grupy) | 1 000 zł/ 3 000 zł/ 5 000 zł |
| Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym w pracy * | 400 zł |
| Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym * | 320 zł |
| Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek wypadku w pracy * | 320 zł |
| Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmózgowego | 90 zł |
| Koszty leczenia poszpitalnego Ubezpieczonego | 200 zł |
| Leczenie szpitalne Ubezpieczonego (zakres rozszerzony) | |
| wskutek nw – pobyt dłużej niż 1 pełny dzień, od 1 do 14 dnia/ od 15 - 90 dnia | 240 zł / 80 zł |
| wskutek choroby - pobyt dłużej niż 3 pełne dni – od 1 do 90 dnia | 80 zł |
| OIOM – od 1 do 14 dnia | 40 zł |
| czasowa niezdolność do pracy - powyżej 30 dni po wypisie ze szpitala - kwota jednorazowa | 250 zł |
| Suma ubezpieczenia | 25 000 zł |
| Składka miesięczna | 61 zł |

* kwota świadczenia jest skumulowana wysokością świadczeń wynikającą z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wypłacaną w przypadku zajścia zdarzenia

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, 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. (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 <input type="checkbox"/> TAK NIE <input type="checkbox"/> TAK NIE <input type="checkbox"/> TAK NIE <input type="checkbox"/> 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 UŻALEŻNIA SIĘ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, BRAK ZAZNACZENIA OKIENKA JEST RÓWNOZNACZNE Z NIETYRAŻENIEM 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. | <input type="checkbox"/> |
| 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, 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. | <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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