



## WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami. W przypadku niezakreślenia pola zawierającego odpowiedź pozytywną, odpowiedź uważana będzie za negatywną, w przypadku istnienia wariantów odpowiedzi prosimy wybrać właściwe pole i zakreślić je znakiem x. Wypełniony druk należy przekazać Towarzystwu za pośrednictwem zakładu pracy, przesłać listem poleconym lub osobiście dostarczyć do siedziby Towarzystwa.

### I. DANE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO (WYPEŁNIA POŚREDNIK UBEZPIECZENIOWY)

Dane pośrednika z adresem, adresem poczty elektronicznej oraz numerem telefonu/faxu	Numer umowy agencyjnej
---	------------------------

### II. DANE UBEZPIECZONEGO (WYPEŁNIA UBEZPIECZONY)

Imię					
Nazwisko					
PESEL	Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M	Data urodzenia	Obywatelstwo
Dokument stwierdzający tożsamość			Numer dokumentu		

Czy osoba ubiegająca się o indywidualne kontynuowanie grupowego ubezpieczenia na życie jest (prosimy zaznaczyć właściwy kwadrat)?

Byłym pracownikiem       Współmałżonkiem byłego pracownika       Inną osobą (jaką?) .....

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

Kraj		Miejscowość	Kod	
Poczta		Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy		
Fax	E-mail			

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

Kraj		Miejscowość	Kod	
Poczta		Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Skrytka pocztowa				

### V. DANE Z POLISY

Nazwa dotychczasowego pracodawcy	
Numer polisy grupowej	Numer potwierdzenia przystąpienia do umowy ubezpieczenia

### VI. BENEFICJENCI GŁÓWNI (PROSIMY O WSKAZANIE BENEFICJENTÓW - W RAZIE BRAKU WSKAZANIA BENEFICJENTA - UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA SĄ OSOBY WSKAZANE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma				100%

### VII. BENEFICJENCI DODATKOWI (WYPŁATA BENEFICJENTOWI DODATKOWEMU ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NASTĄPI TYLKO W PRZYPADKU, GDY ŻADNEMU Z BENEFICJENTÓW GŁÓWNYCH NIE PRZYŚLUGUJĄ ŚWIADCZENIE LUB WSZYSZY BENEFICJENCI GŁÓWNI NIE ŻYJĄ)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma				100%

### VIII. INNE ZMIANY

Dyspozycje innych zmian
-------------------------



EHZ01020060141101

**IX. PODSTAWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE**

Data zatrudnienia przez pracodawcę _____	Okres, za który opłacono składkę w grupie _____
Podstawa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie (prosimy wpisać przyczynę opuszczenia grupy)	

**X. W PRZYPADKU BRAKU 12-MIESIĘCZNEJ OCHRONY GRUPOWEJ W NASZYM TOWARZYSTWIE PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZYCH RUBYRK**

Czy ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia zrezygnował z innego ubezpieczenia grupowego obowiązującego wówczas u pracodawcy?  <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	Jeżeli tak prosimy wpisać okres obejmowania ubezpieczeniem w poprzedniej umowie ubezpieczenia grupowego (data od -data do)  OD _____ DO _____
---	---

Niniejszym wnioskuję o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. Oświadczam, że otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia, na podstawie których zawarta zostanie z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA umowa ubezpieczenia (w tym umowy ubezpieczeń dodatkowych) - zgodnie z niniejszym wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oraz że zapoznałem/am się z ww. Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, są one dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA (również po mojej śmierci) od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarów, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA wszystkich informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda jest nieodwołalna i skuteczna w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawieranych i zawartych przeze mnie z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA informacji dotyczących mojej osoby w każdym innym zakładzie ubezpieczeń, w którym jestem, byłem/am lub będę ubezpieczony/a lub występowałem/am, występuję bądź będę występował/a o ubezpieczenie.

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie oraz innych dokumentach przedłożonych Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem, stanowiły podstawę do zawarcia wnioskowanej umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, iż 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 przy ul. Hestii 1 oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej, pod adresem: [www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl), do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego ich własnych produktów (usług).\*

\* od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku braku zgody Ubezpieczonego na treść powyższej klauzuli, prosimy o jej wykreślenie w całości

Miejscowość	(DD:MM:RRRR) _____	Podpis Ubezpieczonego
-------------	-----------------------	-----------------------

W przypadku spełnienia przez Ubezpieczonego warunków do indywidualnego kontynuowania grupowego ubezpieczenia na życie prosimy o niezwłoczne wpłacenie pierwszej kwartalnej składki tytułem przedmiotowego ubezpieczenia<sup>1</sup>. Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo wyłącznie w przypadku otrzymania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego<sup>1</sup>. Wraz z niniejszym wnioskiem prosimy o dostanie oryginału lub kserokopii potwierdzenia przystąpienia do ubezpieczenia grupowego oraz kserokopii dowodu wpłaty składki ubezpieczeniowej.

**XI. PODPIS OSOBY ODPOWIEDZIALNEJ ZA OBSŁUGĘ UBEZPIECZENIA U PRACODAWCY (POTWIERDZAM PRZYJĘCIE POWYŻSZEGO WNIOSKU ZŁOŻONEGO PRZEZ UBEZPIECZONEGO ORAZ STWIERDZAM, IŻ OŚWIADCZENIA ZŁOŻONE POWYŻEJ W PUNKTACH 5 I 6 SĄ ZGODNE ZE STANEM FAKTYCZNYM)**

Imię i nazwisko	Miejscowość	(DD:MM:RRRR) _____	Podpis
-----------------	-------------	-----------------------	--------

**XII. WYPEŁNIA STUNŻ ERGO HESTIA SA**

Typ ubezpieczenia grupowego	
Wysokość opłaty za ryzyko w polisie grupowej	
Data rozpoczęcia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym <sup>2</sup>	
Data zakończenia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym	
Uwagi	

**XIII. PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRACOWNIKA**

Imię i nazwisko	Miejscowość	(DD:MM:RRRR) _____	Podpis
-----------------	-------------	-----------------------	--------

SU Głównego/SU Dodatkowego <sup>3</sup>	
Wysokość składki należnej z tytułu IKG	
Wysokość wpłaconej składki	
Data wpływu pierwszej składki na konto Ubezpieczyciela	
Data rozpoczęcia ochrony w polisie IKG	
Uwagi	

**XIV. PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRACOWNIKA**

Imię i nazwisko	Miejscowość	(DD:MM:RRRR) _____	Podpis
-----------------	-------------	-----------------------	--------

<sup>1</sup> nie dotyczy polis indywidualnej kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia Na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku

<sup>2</sup> jeżeli Ubezpieczony posiadał wcześniej inne numery potwierdzeń, prosimy je wskazać

<sup>3</sup> dotyczy Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Rodzinnego



EHZ02020060141101