



DEKLARACJA ZGODY NA PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami.

UBEZPIECZAJĄCY

OSOBA UBEZPIECZANA

Imię i nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	Data urodzenia	Miejsce urodzenia
Adres	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Kod	Miejscowość	Poczta	
Pesel	Seria i nr dowodu osobistego		Data zatrudnienia przez pracodawcę
Telefon kontaktowy*	Stanowisko		Wynagrodzenie miesięczne brutto**

UBEZPIECZENIE

Typ ubezpieczenia	Proponowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej***	
Suma ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia dodatkowego (jeśli występuje)	Kapitał końcowy****

Świadczenia

SKŁADKA

Wysokość składki regularnej	Częstotliwość opłacania składki regularnej	Procentowy udział pracownika w składce regularnej	Procentowy udział pracodawcy w składce regularnej
-----------------------------	--	---	---

UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE (dotyczy wyłącznie ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym)

Dyspozycje zakupu jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych (z dokładnością do 5%) (w przypadku gdy suma udziałów nie jest równa 100% dokonana zostanie korekta poczynając od ostatniego funduszu)			
Fundusz	Procent	Fundusz	Procent
1.		4.	
2.		5.	
3.		6.	
Suma			100%

*) pierwsze trzy pola - numer kierunkowy lub numer operatora telefonii komórkowej, pola następne - numer właściwy; pustą kratkę wypełniamy znakiem „x” x 5 6 6 5 5 2 3 2 3 6 0 1 6 5 5 2 3 2 x

**) prosimy wypełnić jeśli umowa ubezpieczenia przewiduje zróżnicowanie warunków ubezpieczenia ze względu na wynagrodzenie pracownika

***) data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej może ulec zmianie na mocy postanowień umowy ubezpieczenia

****) dotyczy wyłącznie Grupowego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Udziałem w Zysku

Beneficjenci główni

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

Beneficjenci dodatkowi (wypłata beneficjentowi dodatkowemu świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego nastąpi tylko w przypadku, gdy żadnemu z beneficentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją)

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

*) łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%;

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zmianami) 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 k. c. , 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.

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZONĄ

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 obowiązywały mnie jako Ubezpieczonego. Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem(am) się z ww. ogólnymi warunkami oraz, że są one dla mnie zrozumiałe. Upoważniam pracodawcę do potrącania kwot na poczet finansowanej przez mnie części składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

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

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S. A. 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.

Wyrażam zgodę na zasięganie 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.

Zgadzam 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	<input type="text"/>	Podpis osoby ubezpieczanej
		(dzień, miesiąc, rok)	

Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe, przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej, pod adresem: www.hestia.pl - do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego ich własnych produktów (usług).*

Miejscowość	<input type="text"/>	Podpis osoby ubezpieczanej
	(dzień, miesiąc, rok)	

* od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową.

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ REPREZENTUJĄCĄ UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany(a), reprezentując Ubezpieczającego, potwierdzam istnienie pomiędzy osobą składającą niniejszą deklarację i Ubezpieczającym więzi pozwalającej na objęcie tej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela oraz dane dotyczące stanowiska i daty zatrudnienia u Ubezpieczającego tej osoby, a także wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszej deklaracji oraz we wszystkich innych dokumentach dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem, stanowiły podstawę przystąpienia wyżej wymienionej osoby do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

Imię i nazwisko	Miejscowość	<input type="text"/>	Podpis osoby reprezentującej Ubezpieczającego
		(dzień, miesiąc, rok)	