



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. UBEZPIECZAJĄCY

| | |
|--|--------------|
| | Numer polisy |
|--|--------------|

II. OSOBA UBEZPIECZANA

| | | |
|----------------------------------|---|---------------------------------------|
| Imię i nazwisko | | |
| | | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M | Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok) |
| | | Miejsce urodzenia |
| | | Obywatelstwo |
| PESEL | | Data zatrudnienia przez pracodawcę |
| | | |
| Dokument stwierdzający tożsamość | | Numer dokumentu |
| | | |
| Stanowisko | | Wynagrodzenie miesięczne brutto* |
| | | |

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 | Numer domu | Numer lokalu |
| | | | |
| Skrytka pocztowa | | | |
| | | | |

V. UBEZPIECZENIE

| | |
|---|--------------------|
| Typ ubezpieczenia | |
| | |
| Proponowana data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** | Suma ubezpieczenia |
| | |
| Świadczenia | |
| | |

VI. SKŁADKA

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

VII. 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) | | 3) | |
| 2) | | 4) | |

* prosimy wypełnić, jeśli umowa ubezpieczenia przewiduje różnicowanie warunków ubezpieczenia ze względu na wynagrodzenie pracownika

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

*** łączna wartość wskazań powinna wynosić 100%



EHZ01020060041011

VIII. BENEFICJENCI GŁÓWNI

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

IX. BENEFICJENCI DODATKOWI**

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

* 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

X. 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 Nr 101 z 2002 r., poz. 926 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 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.

XI. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą 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 (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 pielęgniarzek, 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 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.

Niniejszym udzielam Ubezpieczającemu wskazanemu w niniejszej deklaracji pełnomocnictwa do wyrażania w moim imieniu zgody na zmianę treści umowy ubezpieczenia zawartej na mój rachunek. Pełnomocnictwo ważne jest do dnia ustania odpowiedzialności Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z tytułu ww. umowy ubezpieczenia. Pełnomocnik może udzielić dalszego pełnomocnictwa w zakresie wskazanym powyżej tylko i wyłącznie brokerowi ubezpieczeniowemu.

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.

Oświadczam, że 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.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

XII. PODPIS OSOBY UBEZPIECZANEJ

| | | |
|-----------------|--------------------|--------|
| Nazwisko i imię | Miejscowość i data | Podpis |
| | | |

XIII. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ REPREZENTUJĄCĄ UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany/a, reprezentując Ubezpieczającego, potwierdzam, że osoba składająca niniejszą deklarację spełnia przyjętą definicję pracownika oraz 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.

XIV. PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ UBEZPIECZAJĄCEGO

| | | |
|-----------------|--------------------|--------|
| Nazwisko i imię | Miejscowość i data | Podpis |
| | | |



EHZ02020060041011