

DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY/PARTNERA PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO

I UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa ubezpieczającego FUNDACJA UBEZPIECZEŃ GRUPOWYCH		Nr polisy P09099
Małżonek ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/>	Dziecko ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/>	Partner ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/>

II OSOBA UBEZPIECZANA

Nazwisko i imiona	PESEL	Miejsce urodzenia	Obywatelstwo
Adres stały (ulica, nr domu, nr lokalu, kod, miejscowość)	Telefon komórkowy	Data zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku małżonka)	
Adres korespondencyjny (ulica, nr domu, nr lokalu, kod, miejscowość)	Adres e-mail	Data rozpoczęcia ochrony	

Nazwisko i imię pracownika, którego małżonek/partner/dorosłe dziecko składa deklarację	Data urodzenia pracownika
--	---------------------------

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 (łącznie wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)

Nazwisko i imię	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Pokrewieństwo	Udział w %

IV BENEFICJENCI DODATKOWI (łącznie 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	30 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku *	60 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym *	78 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy *	78 000 zł
Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym *	96 000 zł
Trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku - za 1% trwałego uszczerbku	350 zł
Zgon małżonka	5 000 zł
Zgon małżonka w następstwie nieszczęśliwego wypadku *	10 000 zł
Zgon małżonka w wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym *	12 500 zł
Zgon dziecka	1 500 zł
Zgon dziecka w następstwie nieszczęśliwego wypadku *	6 500 zł
Zgon rodzica	1 000 zł
Zgon teścia	1 000 zł
Osierocenie dziecka na skutek zgonu Ubezpieczonego	2 100 zł
Urodzenie się dziecka	335 zł
Urodzenie martwego noworodka	1 200 zł
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego: zakres komfort (zawał mięśnia sercowego, operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass), udar mózgu, nowotwór złośliwy, niewydolność nerek, przeszczep narządu, utrata wzroku, paraliż, poparzenie, stwardnienie rozsiane, przeszczep zastawki serca, operacja aorty, utrata mowy, śpiączka, utrata słuchu, utrata kończyn, łagodny guz mózgu, zapalenie wątroby (piorunujące wirusowe zapalenie wątroby), przewlekła niewydolność oddechowa, toczka rumieniowata układowa, niedokrwistość aplastyczna, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji krwi, choroba Parkinsona, dystrofia mięśniowa, schyłkowa niewydolność wątroby, choroba neuronu ruchowego, pierwotne nadciśnienie płucne, kleszczowe wirusowe zapalenie mózgu, posocznica	5 000 zł
Operacja chirurgiczna Ubezpieczonego (w zależności od grupy operacji)	5 000 zł/ 3 000 zł/ 1 000 zł
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego – świadczenie dzienne	10 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 przy pracy*	320 zł
Leczenie szpitalne Ubezpieczonego wskutek zawału mięśnia sercowego lub krwotoku śródmożgowego *	90 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	10 000 zł
Składka miesięczna	39 zł

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

VI OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELĄ

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.)

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 POTRĄCĄNIE 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 ZASIEGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM

(OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIENIŃ UZALEŻNIA 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.

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 wysokości 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, posiadający/a pełnomocnictwo do reprezentowania Ubezpieczającego potwierdzam, że przekazałem/am osobie wnioskującej o ubezpieczenie: Ogólne Warunki Ubezpieczenia i wnioskuje o objęcie ubezpieczeniem osoby składającej deklarację zgody, na podstawie niniejszego dokumentu oraz wszystkich innych dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku przedmiotowym ubezpieczeniem.

W związku z otrzymaniem ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia przez osobę Ubezpieczaną, upoważniam pracodawcę do potrącania składki ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia na życie mojego małżonka/partnera/dziecka z mojego wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa i innych wypłat.

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, podpis oraz pieczęć osoby reprezentującej Ubezpieczającego

.....
Data i podpis Pracownika

.....
Data i podpis małżonka/partnera/dorosłego dziecka