

Deklaracja zgody na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie dla członka rodziny/partnera pracownika ubezpieczającego

ERGO
HESTIA

I. Ubezpieczający

"STOWARZYSZENIE CLAVIS"

Nr oferty / Nr polisy: **W01231**

II. Ubezpieczyciel

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.
ul. Hestii 1, 81-731 Sopot
adres do doręczeń elektronicznych AE:PL-71115-41590-RJWRG-16

III. Dane ubezpieczonego

Przystępuję do ubezpieczenia jako:

☐ małżonek ☐ dorosłe dziecko ☐ partner

Nazwisko i imię pracownika, którego członek rodziny składa deklarację			Data urodzenia pracownika
Nazwisko i imię	PESEL	Obywatelstwo	Data zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku małżonka)
Data urodzenia*	Typ dokumentu*	Numer dokumentu*	
Telefon komórkowy **	Adres e-mail **		Proponowana data rozpoczęcia ochrony

* uzupełnij, jeśli nie masz numeru PESEL

** numer telefonu komórkowego służy do wysłania SMS-em kodu weryfikacyjnego niezbędnego do rozszerzenia ochrony o pakiet dodatkowy. Jeśli wyrazi Pani/Pan zgodę to numer telefonu i adres e-mail będzie służył również do celów w niej wyrażonych.

Jesteśmy administratorem Pani/Pana danych osobowych podanych w tej deklaracji zgody, aby objąć Panią/Pana ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie ERGO Życie w Biznesie oraz w celu wykonywania przez nas obowiązków wynikających z umowy. Pełną treść oświadczenia administratora danych osobowych umieściliśmy w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Deklaracja pozostaje ważna przez okres 90 dni licząc od daty jej podpisania.

IV. Beneficjenci

Główni – suma udziałów beneficjentów musi wynosić 100%

Nazwisko i imię	Data urodzenia	Udział w %

Dodatkowi – suma udziałów beneficjentów musi wynosić 100%

Nazwisko i imię	Data urodzenia	Udział w %

V. Zakres ubezpieczenia i składka – pakiet główny

Osoba, która przystępuje do umowy ubezpieczenia może wybrać tylko jeden wariant z pakietu głównego

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 1 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	70,00 zł	36 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 2 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	79,00 zł	41 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐

Deklaracja zgody na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie dla członka rodziny/partnera pracownika ubezpieczającego

3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 3 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	88,00 zł	46 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 4 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	97,00 zł	51 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 5 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	106,50 zł	56 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 6 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	115,50 zł	61 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐

Deklaracja zgody na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie dla członka rodziny/partnera pracownika ubezpieczającego

5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐
---	--	------------------------------	------------------------------

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 7 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	124,50 zł	66 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 8 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	130,50 zł	71 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 9 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	136,00 zł	76 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 10 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	141,50 zł	81 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 11 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	147,00 zł	86 100 zł

Deklaracja zgody na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie dla członka rodziny/partnera pracownika ubezpieczającego

Oświadczenia ubezpieczonego			
1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Wybór	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
☐	WARIANT 12 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	152,50 zł	91 100 zł

Oświadczenia ubezpieczonego			
1	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam na zwolnieniu lekarskim.	TAK ☐	NIE ☐
2	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w szpitalu w związku z leczeniem choroby lub urazu będącego skutkiem nieszczęśliwego wypadku.	TAK ☐	NIE ☐
3	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji otrzymuję świadczenie rehabilitacyjne lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
4	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy lub służby wydane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym lub ubiegam się o nie.	TAK ☐	NIE ☐
5	Oświadczam, że w dniu podpisania papierowej lub złożenia elektronicznej deklaracji przebywam w hospicjum lub w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub w domu pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐

Deklaracja zgody na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie dla członka rodziny/partnera pracownika ubezpieczającego

ERGO
HESTIA

VI. Ubezpieczenie i składka – pakiet dodatkowy

Wybór	EXTRA OCHRONA - Dla Byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Więziennictwa	Wysokość łącznej miesięcznej składki
☐	Wariant 1	20,00 zł

Oświadczenia ubezpieczonego

Wypełnij oświadczenie o stanie zdrowia związane z wybranym pakietem.

Jeśli odpowiedź na któreś z pytań brzmi "tak" – nie będziemy mogli objąć Cię ochroną ubezpieczeniową w ramach wybranego pakietu dodatkowego.

1	Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano u mnie poniższe choroby lub znajdowałem/(-am) się w szpitalu, w klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia lub ich monitorowania: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady zastawki serca, wady serca, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatii, niewydolności serca, miażdżycy naczyń, tętniaka, cukrzycy (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży), nowotworu złośliwego choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej, talasemii, hemofilii lub trombofilii), nowotworu łagodnego mózgu lub rdzenia kręgowego, udaru mózgu, krwotoku śródmózgowego, porażenia (paraliżu), przewlekłej niewydolności oddechowej, niewydolności nerek, marskości wątroby, przewlekłego zapalenia trzustki, zaburzenia psychicznego z próbą samobójczą, zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu lub narkotyków), stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Alzheimer'a, AIDS, zakażenia wirusem HIV lub innej choroby, w zakresie której zalecenie lekarskie obejmowało lub obejmuje wykonanie przeszczepu narządu. Oświadczam, że w okresie ostatnich 6 miesięcy byłem/(-am) diagnozowany/(-na) lub aktualnie oczekuję na zasięgnięcie porady lekarskiej, poddanie się leczeniu (w tym leczeniu szpitalnemu lub operacyjnemu) lub wykonanie zaleconych przez lekarza badań diagnostycznych w kierunku chorób, o które pytałismy powyżej. Oświadczam, że w okresie ostatnich 12 miesięcy przebywałem/(-am) na zwolnieniu lekarskim dłużej niż 30 dni lub w szpitalu dłużej niż 14 dni z wyjątkiem złamań/zwichnięć/skręceń/stłuczenia kończyn, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków podniebiennych, usunięcia woreczka żółciowego, o ile powodem usunięcia była kamica, ciąży o ile w jej trakcie nie występowały schorzenia, które są leczone w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, porodu, opieki nad osobą trzecią, przeprowadzenia artroskopii, operacji: przepukliny brzusznej/pachwinowej, hemoroidów, zaćmy, przegrody nosa.	TAK ☐	NIE ☐
---	---	------------------------------	------------------------------

Ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których następuje objęcie ochroną

OWU główne

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ERGO ŻYCIE W BIZNESIE, KOD: EZWB 01/25

OWU dodatkowe

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDIOPIEKA, KOD: MA 01/25

Wszystkie ogólne warunki ubezpieczenia nazywamy dalej łącznie OWU.

Oświadczenia ubezpieczonego

Przyjmuję informację, że ubezpieczyciel nie odpowiada za skutki znanych mi okoliczności, których nie podałem/em lub które podałem/em niezgodnie z prawdą, oraz że jeśli przy przystępowaniu do umowy ubezpieczenia na życie przekazałem/em nieprawdziwe informacje – zwłaszcza jeśli zataiłem/em chorobę – ubezpieczyciel może zwolnić się od odpowiedzialności, o ile zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 lat od przystąpienia do umowy (art. 815 § 3 i art. 834 kodeksu cywilnego).

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy, zawartej przez wskazanego w tej deklaracji ubezpieczającego z ubezpieczycielem, zgodnie z treścią tej umowy i OWU, które będą mnie obowiązywały jako ubezpieczonego.

Oświadczam, że otrzymałem/am OWU, treść oferty/polisu o numerze wskazanym w tym dokumencie przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową oraz przed wyrażeniem zgody na finansowanie przeze mnie składki (jeśli składkę finansuje ubezpieczony) i je akceptuję.

Pełnomocnictwo Ubezpieczonego dla Ubezpieczającego do wyrażenia zgody na zmiany

Upoważniam Ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na zmianę umowy ubezpieczenia na życie, w tym warunków ochrony ubezpieczeniowej, składki ubezpieczeniowej, zakresu ubezpieczenia, wysokości świadczeń oraz sumy ubezpieczenia*.

*Udzielenie powyższego pełnomocnictwa jest dobrowolne, jednakże brak jego udzielenia lub brak zgody na zmianę warunków umowy na niekorzyść, skutkować będzie nieprzedłużeniem wobec Pana/Pani ochrony ubezpieczeniowej na kolejny rok polisowy. W każdej chwili może Pan/Pani odwołać niniejsze pełnomocnictwo, w tym celu należy zgłosić się do Ubezpieczającego lub Sopotkiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.

Upoważnienie do uzyskania informacji od NFZ

☐ NIE ☐ TAK

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 oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, jak również w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności ERGO Hestii 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 ochrony ubezpieczeniowej oraz przez 3 lata od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci. Od udzielenia niniejszego upoważnienia uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Upoważnienie do uzyskania informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą

☐ NIE ☐ TAK

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, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową, 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 oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wynikach leczenia; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności ERGO Hestii i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz w ciągu 3 lat od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci. Od udzielenia niniejszego upoważnienia uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Zgoda na przekazywanie dokumentów na innym niż papier trwałym nośniku

☐ NIE ☐ TAK

Wyrażam zgodę, aby ERGO Hestia przekazywała mi informacje lub dokumenty dotyczące umowy ubezpieczenia na innym niż papier trwałym nośniku tj. na podany przeze mnie e-mail, na płycie CD, w indywidualnym koncie internetowym udostępnionym przez ERGO Hestię. Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Wniosek o komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość

☐ NIE ☐ TAK

Deklaracja zgody na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie dla członka rodziny/partnera pracownika ubezpieczającego



Wnoszę o przesyłanie przez ERGO Hestię korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych, za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez ERGO Hestię) 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 ubezpieczeniową.

Zgoda na prowadzenie działań marketingowych przez STU ERGO Hestia S.A.

☐ NIE ☐ TAK

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych, w tym określenia preferencji i potrzeb ubezpieczeniowych, oraz na przesyłanie informacji handlowych przez:

- Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. w Sopocie, jak również przez
 - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. w Sopocie, z wykorzystaniem:
 - środków komunikacji elektronicznej (w szczególności na podany adres e-mail);
 - telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (w szczególności na podany numer telefonu).
- Twoją zgodę prześlemy Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. w Sopocie.
Od wyrażenia zgody nie uzależnia się objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Oświadczenie dorosłego dziecka, w którym wyznacza partnera (dotyczy związku nieformalnego)

Oświadczam, że z osobą, którą wskazuję pozostaję w nieformalnym związku, nie jestem z nim/nią spokrewniony/a oraz, że osoba ta nie pozostaje z osobą trzecią w związku małżeńskim lub pozostaje w separacji z osobą trzecią prawomocnie orzeczonej przez sąd. Oświadczam również, że nie pozostaję w związku małżeńskim z osobą trzecią lub pozostaję w separacji z osobą trzecią prawomocnie orzeczonej przez sąd. **Zobowiązuję się** do zapoznania partnera, którego dane osobowe przekazuję ubezpieczycielowi w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową i wykonania umowy ubezpieczenia, z zawartą w OWU klauzulą informacyjną, która dotyczy przetwarzania danych osobowych.

Imię i nazwisko partnera	PESEL partnera	Obywatelstwo oraz w przypadku braku PESEL - typ i numer dokumentu
--------------------------	----------------	---

Podpis pracownika i osoby, która składa deklarację

☐ : 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 tej deklaracji są prawdziwe i kompletne oraz zostały przekazane ubezpieczycielowi w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą. Zgadzam się, aby wszystkie oświadczenia złożone w tej deklaracji oraz w innych złożonych przeze mnie dokumentach stanowiły podstawę objęcia mnie przedmiotowym grupowym ubezpieczeniem na życie.
..... data i podpis pracownika	 data i podpis małżonka/partnera/dorosłego dziecka