

## I. UBEZPIECZAJĄCY

NIEZALEŻNY SAMORZĄDNY ZWIĄZEK ZAWODOWY FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW WIĘZIENICTWA

Nr oferty / Nr polisy: **P25460**

## II. UBEZPIECZYCIEL

SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE ERGO HESTIA SA, UL. HESTII 1, 81-731 SOPOT (ERGO HESTIA)

## III. DANE OSOBY UBEZPIECZANEJ

Nazwisko i Imię	PESEL	Obywatelstwo	Proponowana data rozpoczęcia ochrony
*Data urodzenia	*Płeć	*Typ dokumentu	*Numer dokumentu
Telefon komórkowy (do przesłania przez ERGO Hestię numeru certyfikatu)		Adres e-mail (do przesłania przez ERGO Hestię numeru certyfikatu)	

\*proszę o uzupełnienie w przypadku braku PESEL

ERGO Hestia jest administratorem Pana/Pani danych osobowych, podanych w niniejszym formularzu deklaracji zgody i przekazanych przez Ubezpieczającego w celu objęcia Pana/Pani ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla pracowników i ich rodzin Hestia Rodzina oraz w celu wykonywania przez ERGO Hestię obowiązków wynikających z Umowy. Pełna treść oświadczenia ERGO Hestii jako administratora danych osobowych znajduje się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

## IV. BENEFICJENCI

**GLÓWNI** (łącznie wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)

Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Udział w %

**DODATKOWI** (łącznie wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)

Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Udział w %

## V. UBEZPIECZENIE I SKŁADKA

Nazwa świadczenia	Wysokość świadczenia
1 ZGON UBEZPIECZONEGO	10 000 ZŁ
2 GLOBAL DOCTORS	2 000 000 EUR*
<b>Składka miesięczna: 83,00 zł</b>	

\*w całym życiu Ubezpieczonego

## OWU główne

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA (KOD HR 01/15) dalej: OWU HR 01/15

## OWU dodatkowe

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA GLOBAL DOCTORS – TEKST JEDNOLITY OBOWIAZUJĄCY OD 16 GRUDNIA 2020 ROKU (KOD: BD 01/15)

**Wszystkie powyżej wymienione OWU główne oraz OWU dodatkowe łącznie zwane są dalej „OWU”**

## VI. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA I MIEJSCU ZAMIESZKANIA PODANE PRZEZ UBEZPIECZONEGO

**Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej deklaracji:**

- a) przebywam na zwolnieniu lekarskim  NIE  TAK
- b) przebywam w szpitalu; przebywam w hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium; jestem uznana/y za niezdolną/niezdolnego do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym  NIE  TAK

### Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/Pani lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:

- c) nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem,  NIE  TAK
- d) jakąkolwiek z poniższych zmian:  
 - zmianą przedrakową,  
 - guzem o granicznej złośliwości,  
 - dysplazją dużego stopnia,  
 - poziomem markeru nowotworowego we krwi (PSA) równym 4.0 ng/ml lub wyższym,  
 - nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3 +; dużego stopnia dysplazja),  
 - nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa),  
 - nadczynnością tarczycy,  
 - obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i / lub żołądku,  
 - znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar;  
 z wyłączeniem sytuacji w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego,  NIE  TAK
- e) chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowatokrwinkową, talasemią),  NIE  TAK
- f) guzem, guzkiem, torbielą w mózgu lub w strukturach otokomózgowych,  NIE  TAK
- g) zmianami naczyniowymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwinnym "TIA", krwotokiem mózgowym, zwichnięciem tętnic szyjnych) zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorem) w mózgu lub w strukturach otokomózgowych,  NIE  TAK
- h) postacią choroby serca (zawałem serca, chorobą niedokrwinną serca, zaburzeniami rytmu serca, z wyjątkiem sytuacji nie wymagających postępowania medycznego, wadami zastawek serca, szmerami serca lub gorączką reumatyczną, niewydolnością serca, powiększeniem serca lub kardiomiopatię); może Pan/Pani odpowiedzieć NIE, jeśli był/a / jest Pan/Pani leczony/a wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi lub wysokiego poziomu cholesterolu,  NIE  TAK
- i) cukrzycą; (w przypadku, gdy Ubezpieczonym jest kobieta może zostać udzielona odpowiedź NIE, jeśli leczenie dotyczyło wyłącznie cukrzycy ciężowej),  NIE  TAK

j) przewlekłą niewydolnością nerek, chorobą leczoną dializami, marskością wątroby lub przewlekłą niewydolnością wątroby lub zwłóknieniem wątroby?  NIE  TAK

Czy u któregośkolwiek z Pana/Pani naturalnych rodziców lub rodzeństwa przed ich 50-yimi urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, pomostowanie aortalno-wiercowe lub udar mózgu), wielotorbielowatość nerek lub nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka?  NIE  TAK

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi: guzek w piersi lub w jądrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie / podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia lub nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, markerów nowotworowych lub poziomu wapnia)?  NIE  TAK

Czy jest Pan/Pani w trakcie planowania lub czy umówił/a się na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie, lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości?  NIE  TAK

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy była Pani umówiona na badanie rezonansem magnetycznym piersi – MRI (w przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest mężczyzna prosimy o zaznaczenie odpowiedzi „NIE”) ?  NIE  TAK

Czy przeszczepiono lub zalecono Panu /Pani przeszczep narządu lub czy obecnie znajduje się Pan/Pani na liście osób oczekujących na przeszczep narządu?  NIE  TAK

Czy Pana/Pani miejsce zamieszkania znajduje się poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej?  NIE  TAK

**Zgoda na udostępnianie przez ERGO Hestię danych osobowych każdemu innemu zakładowi ubezpieczeń**  NIE  TAK

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez ERGO Hestię przetwarzanych przez ERGO Hestię moich danych osobowych każdemu innemu zakładowi ubezpieczeń, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia mojego prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez ERGO Hestię informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia mojego prawa do świadczenia i jego wysokości. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

**Zgoda na udostępnianie danych osobowych ERGO Hestii przez każdy inny zakład ubezpieczeń**  NIE  TAK

Wyrażam zgodę na udostępnianie ERGO Hestii moich danych osobowych przetwarzanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń, w którym jestem, byłem(am) lub będę ubezpieczony(a) bądź występowałem(am), występuję lub będę występował/a o ubezpieczenie w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia mojego prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia ERGO Hestii posiadanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia mojego prawa do świadczenia i jego wysokości. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

**Ja, niżej podpisany(a) oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym dokumencie są kompletne i prawdziwe oraz że zostały przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A. z siedzibą przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą. Zobowiązuję się zgłosić Ubezpieczycielowi fakt zmiany miejsca zamieszkania na inne terytorium niż terytorium RP.**

## VII. OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ

Przyjmuję do wiadomości, że ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki i okoliczności, które nie zostały podane do jej wiadomości lub które podano niezgodnie z prawdą oraz, że w umowie ubezpieczenia na życie ERGO Hestia może podnieść zarzut, że przy przystąpieniu do ubezpieczenia podano nieprawdziwe wiadomości, w szczególności, że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej, jeżeli do zdarzenia doszło przed upływem lat 3 od przystąpienia do ubezpieczenia (art. 815 § 3 i art. 834 kodeksu cywilnego).

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy, zawartej przez wskazanego w niniejszej deklaracji Ubezpieczającego z ERGO Hestią, zgodnie z treścią tej Umowy i OWU, o których mowa w pkt V powyżej, które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego.

Oświadczam, że otrzymałem/am wymienione w pkt V powyżej OWU oraz treść oferty/polisu o numerze wskazanym w niniejszym dokumencie 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.

**Zgoda dla pracodawcy na potrącenie składki**  NIE  TAK

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. Od udzielenia niniejszego upoważnienia nie uzależnia się objęcia ochroną.

**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 wysokością 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 badaniach 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

Wnioskuję 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 przekazywanie danych osobowych do STU ERGO Hestia SA do celów marketingowych, w tym do prezentacji ofert**  NIE  TAK

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 w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia. Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną ubezpieczeniową.

**VIII. OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA O WYZNACZENIU PARTNERA (DOTYCZY ZWIĄZKU NIEFORMALNEGO)**

**Oświadczam**, że wraz z poniżej wskazaną osobą pozostaję w nieformalnym związku, prowadzę wspólne gospodarstwo domowe, zamieszkuję z nim/nią pod tym samym adresem oraz nie jestem z nim/nią spokrewniony/a. Oświadczam, że nie pozostaję w związku małżeńskim z osobą trzecią. **Zobowiązuję się** do zapoznania partnera, którego dane osobowe przekazuję do ERGO Hestii w celu objęcia mnie ubezpieczeniem i wykonania umowy ubezpieczenia, z zawartą w OWU klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych przekazaną mi przez ERGO Hestię.

Imię i nazwisko Partnera	PESEL partnera	Typ i numer dokumentu
--------------------------	----------------	-----------------------

**IX. PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ DEKLARACJĘ ZGODY**

**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 złożonych przeze mnie ERGO Hestii dokumentach stanowiły podstawę objęcia mnie przedmiotowym grupowym ubezpieczeniem na życie.

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby składającej deklarację zgody