

**DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE GRUPOWYM
 UBEZPIECZENIEM NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY /
 PARTNERA PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO**
I. UBEZPIECZAJĄCY
NIEZALEŻNY SAMORZĄDNY ZWIĄZEK ZAWODOWY FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW WIĘZIENICTWA

 Nr oferty / Nr polisy: **P28849**

<input type="checkbox"/> Małżonek ubezpieczonego pracownika	<input type="checkbox"/> Dorosłe dziecko ubezpieczonego pracownika	<input type="checkbox"/> Partner ubezpieczonego pracownika
Nazwisko i imię pracownika, którego małżonek / dorosłe dziecko / partner składa deklarację		Data urodzenia pracownika

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	Data zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku małżonka)
*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)		Proponowana data rozpoczęcia ochrony

*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%)

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

Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Udział w %

Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Udział w %

V. UBEZPIECZENIE I SKŁADKA

Wariant	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
<input type="checkbox"/>	WARIANT 1 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	119,40 zł	18 540,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 2 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	156,80 zł	38 110,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 3 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	172,00 zł	43 260,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 4 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	178,60 zł	48 410,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 5 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	202,70 zł	54 590,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 6 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	246,00 zł	86 520,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 7 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	173,50 zł	80 340,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 8 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	91,00 zł	12 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 9 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	133,40 zł	40 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 10 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	152,60 zł	50 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 11 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	168,50 zł	55 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 12 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	180,10 zł	60 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 13 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	218,00 zł	86 520,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 14 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	58,70 zł	24 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 15 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	65,70 zł	27 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 16 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	72,90 zł	30 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 17 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	79,70 zł	33 000,00 zł

DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE GRUPOWYM UBEZPIECZENIEM NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY / PARTNERA PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO

<input type="checkbox"/>	WARIANT 18 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	86,80 zł	36 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 19 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	94,00 zł	39 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 20 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	100,60 zł	42 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 21 (DLA PRACOWNIKA I CZŁONKA RODZINY)	108,90 zł	45 000,00 zł

OWU główne

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA – TEKST JEDNOLITY OBOWIĄZUJĄCY OD DNIA 16 PAŹDZIERNIKA 2023 ROKU, KOD: HR 01/15

OWU dodatkowe

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDICAL ASSISTANCE– TEKST JEDNOLITY OBOWIĄZUJĄCY OD DNIA 16 PAŹDZIERNIKA 2023 ROKU, KOD: MAS 01/12

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDIPLAN – TEKST JEDNOLITY OBOWIĄZUJĄCY OD DNIA 16 PAŹDZIERNIKA 2023, KOD: MED 01/15

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

VI. 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/polisy 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.

Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej deklaracji:

przebywam na zwolnieniu lekarskim	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
przebywam w szpitalu; przebywam w hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium; jestem uznana/y za niezdolną/niezdolnego do pracy lub służby	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
orzeczeniem właściwego organu według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Poniższe oświadczenie wymagane jest wyłącznie od dotychczas nieubezpieczonych członków rodziny pracownika (małżonka/partnera/dorosłego dziecka) chcących przystąpić do przedmiotowej umowy ubezpieczenia. UWAGA! Jeżeli jesteś pracownikiem lub kontynuującym ubezpieczenie członkiem rodziny poniższe oświadczenie Cię nie dotyczy, w takim przypadku zaznacz odpowiedź "NIE"	
a) w okresie ostatnich 5 lat rozpoznano u mnie lub byłem/am diagnozowany/a lub leczony/na bądź przebywałem/am pod stałą opieką lekarską z powodu następujących schorzeń: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, wady serca, zaburzenia rytmu serca, kardiomiopatii, 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, choroby alkoholowej (zespołu zależności alkoholowej) lub uzależnienia od narkotyków, stwardnienia rozsianego, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, AIDS, zakażenia wirusem HIV lub innej choroby, w zakresie której zalecenie lekarskie obejmowało lub obejmuje wykonanie przeszczepu narządu	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
b) zamierzam zasięgnąć porady lekarskiej, oczekuję na wyniki lub wykonanie badań diagnostycznych lub zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu wymienionych powyżej chorób, które rozpoznano u mnie lub w kierunku których jestem lub byłem/am diagnozowany/a lub leczony/na	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

Upoważnienie do uzyskania informacji od NFZ	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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 udzieliły 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 zabrakach 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	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
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 przekazywanie danych osobowych do STU ERGO Hestia SA do celów marketingowych, w tym do prezentacji ofert	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
--	---

**DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE GRUPOWYM
UBEZPIECZENIEM NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY /
PARTNERA PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO**

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.

VII. PODPIS PRACOWNIKA I OSOBY SKŁADAJĄCEJ DEKLARACJĘ ZGODY

W związku z otrzymaniem oraz akceptacją OWU 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 złożonych przeze mnie ERGO Hestii dokumentach stanowiły podstawę objęcia mnie przedmiotowym grupowym ubezpieczeniem na życie.

.....
Data i podpis **Pracownika**

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