

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: **P25460**

☐ Małżonek ubezpieczonego pracownika	☐ Dorosłe dziecko ubezpieczonego pracownika	☐ 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	Proponowana data rozpoczęcia ochrony
*Data urodzenia	*Pieć	*Typ dokumentu	*Numer dokumentu
Telefon komórkowy (do przesłania przez ERGO Hestię numeru certyfikatu)	Adres e-mail (do przesłania przez ERGO Hestię numeru certyfikatu)	Data zawarcia związku małżeńskiego (w przypadku małżonka)	

*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

GŁÓWNI (łączna wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%)

Nazwisko i Imię	Data urodzenia	Udział w %

DODATKOWI (łączna 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*
Składka miesięczna: 109,00 zł	

*w całym życiu Ubezpieczonego

OWU główne

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA – TEKST JEDNOLITY OBOWIAZUJĄCY OD DNIA 16 PAŹDZIERNIKA 2023 ROKU, KOD: 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 OSOBĘ UBEZPIECZANĄ

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 żołądka, - 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

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

g) zmianami naczyńnymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwinnym "TIA", krwotokiem mózgowym, zwężeniem tętnic szyjnych) zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyńniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorom) 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 ciężkowej),	☐ 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-ymi urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe 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 jajrach, 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 z umowy ubezpieczenia, 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 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.

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.

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 Sopockiego 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 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
--	------------------------------	------------------------------

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

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

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 prowadzenia 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 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 przekazemy do Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. w Sopocie.
Od wyrażenia zgody nie uzależnia się objęcia ochroną ubezpieczeniową.

VIII. 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 że zostały przekazane ERGO Hestii w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą. Zgadza 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.

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