



**I. UBEZPIECZAJĄCY**

OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA W WARSZAWIE

Nr oferty / Nr polisy: **P23441**

<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	Adres e-mail	Proponowana data rozpoczęcia ochrony	

\*proszę o uzupełnienie w przypadku braku PESEL

Ubezpieczający jest administratorem Pana/Pani danych osobowych podanych w niniejszym dokumencie dla celów objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na życie z ERGO Hestia („Umowa”) i wykonywania przez Ubezpieczającego obowiązków wynikających z Umowy.  
ERGO Hestia jest administratorem Pana/Pani danych osobowych przekazanych przez Ubezpieczającego w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy i 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** (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**

Wariant	Wariant	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
<input type="checkbox"/>	WARIANT 1	60,00 zł	55 000,00 zł
<input checked="" type="checkbox"/>	WARIANT 2	35,00 zł	35 000,00 zł

**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**

brak

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:**

a) przebywam na zwolnieniu lekarskim	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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 według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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.

**Upoważnienie do uzyskania informacji od NFZ**

NIE  TAK

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 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 uzależniam 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 wyrażenia zgody na powyższe 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

Wnioskuje 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.

**VII. PODPIS PRACOWNIKA I OSOBY SKŁADAJĄCEJ DEKLARACJĘ ZGODY**

W związku z otrzymaniem oraz akceptacją ww. 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**