

BENEFICJENCI GŁÓWNI

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział (w %)*
1.				
2.				
3.				

BENEFICJENCI DODATKOWI**

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Udział (w %)*
1.				
2.				
3.				

* łączna wartość w danej grupie beneficjentów powinna wynosić 100%

** wypłata beneficjentowi dodatkowemu świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego nastąpi tylko w przypadku, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (t. jedn. DzU Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zmianami) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 k.c., które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz do celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług).

Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ

Wyrażam zgodę na objęcie mnie umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez wskazanego w niniejszej deklaracji Ubezpieczającego z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, zgodnie z treścią tej umowy i ogólnymi warunkami ubezpieczenia (w tym ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych), które będą obowiązywały mnie jako Ubezpieczonego. Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem(am) się z ww. ogólnymi warunkami oraz, że są one dla mnie zrozumiałe. Upoważniam pracodawcę do potrącania kwot na poczet finansowanej przez mnie części składki ubezpieczeniowej z mojego wynagrodzenia za pracę, 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 Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA (również po mojej śmierci) od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA wszystkich informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda jest nieodwołalna i skuteczna w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawieranych i zawartych przeze mnie z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie.

Wyrażam zgodę na zasięganie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA informacji dotyczących mojej osoby w każdym innym zakładzie ubezpieczeń, w którym jestem, byłem(am) lub będę ubezpieczony(a) lub występowałem(am), występuję bądź będę występował(a) o ubezpieczenie.


Niniejszym udzielam Ubezpieczającemu wskazanemu w niniejszej deklaracji pełnomocnictwa do wyrażania w moim imieniu zgody na zmianę treści umowy ubezpieczenia zawartej na mój rachunek. Pełnomocnictwo ważne jest do dnia ustania odpowiedzialności Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z tytułu ww. umowy ubezpieczenia. Pełnomocnik może udzielić dalszego pełnomocnictwa w zakresie wskazanym powyżej tylko i wyłącznie brokerowi ubezpieczeniowemu.

Zgadzam 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.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę, by moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA z siedzibą w Sopocie mogły być udostępnione do przetwarzania Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1 oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej pod adresem: www.hestia.pl do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego ich własnych produktów (usług).*

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku braku zgody Ubezpieczonego na treść powyższej klauzuli, prosimy o jej wykreślenie w całości.


PODPIS OSOBY UBEZPIECZANEJ

Imię i nazwisko	Miejscowość	 Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
-----------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ REPREZENTUJĄCĄ UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisany(a), reprezentując Ubezpieczającego potwierdzam, że osoba składająca niniejszą deklarację spełnia przyjętą definicję pracownika oraz potwierdzam dane dotyczące stanowiska i daty zatrudnienia u Ubezpieczającego tej osoby, a także wnioskuję o objęcie jej ubezpieczeniem na postawie niniejszej deklaracji oraz wszystkich innych dokumentów dostarczonych do siedziby Ubezpieczyciela w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem.

PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię i nazwisko	Miejscowość	 Data (DD:MM:RRRR)	Podpis
-----------------	-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------



EHZ02020060040708

EHZ/DE001/0708 str. 2/2

Hestia Kontakt 0 801 107 107*, 058 555 5 555
 * opłata za połączenie zgodna z cennikiem operatora
www.hestia.pl