

**I. UBEZPIECZAJĄCY**

ORGANIZACJA ZAKŁADOWA NSZZ "SOLIDARNOŚĆ" W PRZEDSIĘBIORSTWIE BUDOWY KOPALNĀ "PEBEKA" S.A. W LUBINIE

Nr oferty / Nr polisy: P20698

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 zatrudnienia
Telefon komórkowy	Adres e-mail	Proponowana data rozpoczęcia ochrony	

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 Hestią („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** (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

Wybór	Wariant	Wysokość składki finansowanej przez Ubezpieczającego	Wysokość łącznej miesięcznej składki	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego
<input type="checkbox"/>	WARIANT 1		109,00 zł	100 000,00 zł
<input type="checkbox"/>	WARIANT 2		129,00 zł	130 000,00 zł

OWU główne

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA (KOD HR 01/15) WRAZ Z ZAŁĄCZNIKAMI NR 1 i 2 (ZASADY OCENY USTALANIA I ORZEKANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU), WRAZ Z ANEKSAMI NR 1-4 ORAZ ERRATĄ, łącznie 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.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych dot. stanu zdrowia NIE TAK

Wyrażam zgodę, aby wszelkie dane dotyczące mojego stanu zdrowia podane ERGO Hestii przeze mnie w związku z obejmowaniem mnie ochroną ubezpieczeniową, były wykorzystywane przez ERGO Hestię w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego w zakresie umowy grupowego ubezpieczenia, w zakresie którego składam niniejszą deklarację zgody, a w przypadku objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową również do wykonania umowy grupowego ubezpieczenia. Na podstawie danych dotyczących daty Pani/Pana urodzenia oraz stanu zdrowia będą podejmowane zautomatyzowane decyzje, bez udziału człowieka, w oparciu o profilowanie danych. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez człowieka. Pozostałe informacje o przetwarzaniu danych osobowych przez ERGO Hestię oraz Pani/Pana prawach znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. **(Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową).**

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 według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym 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.

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 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 zawarcia umowy ubezpieczenia, 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 i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. 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)**

**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. 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

VIII. PODPIS PRACOWNIKA SKŁADAJĄCEGO 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 Pracownika