



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE GRUPOWYM UBEZPIECZENIEM NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY / PARTNERA PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO / DECLARATION OF CONSENT TO BE COVERED BY GROUP LIFE INSURANCE FOR A PARTNER MEMBER OF THE EMPLOYEE'S FAMILY

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami / Please complete this application legibly in capital letters

I. UBEZPIECZAJĄCY / POLICYHOLDER

.....		Nr oferty / Offer number Nr polisy / Policy number
☐ Małżonek ubezpieczonego pracownika / Spouse of the insured employee	☐ Dorosłe dziecko ubezpieczonego pracownika / Child of the insured employee	☐ Partner ubezpieczonego pracownika / Partner of the insured employee
Nazwisko i imię pracownika, którego małżonek / dorosłe dziecko / partner składa deklarację / Name and first name of the employee whose spouse / adult child / partner is making the declaration		Data urodzenia pracownika (DD:MM:RRRR) / employee's date of birth (DD:MM:YYYY)

II. UBEZPIECZYTEL / INSURER

SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE ERGO HESTIA SA, UL. HESTII 1, 81-731 Sopot (ERGO HESTIA)
--

III. DANE OSOBY UBEZPIECZANEJ / INSURED

Nazwisko i imię / Name and surname		
PESEL / PESEL NO	*Data urodzenia (DD:MM:RRRR) / *Date of birth (DD:MM:YYYY)	Obywatelstwo / Nationality
Data zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem (dotyczy małżonków) (DD:MM:RRRR) / Date of marriage with the employee (for spouses) (DD:MM:YYYY)	*Płeć / Sex ☐ K / F ☐ M / M	*Typ dokumentu / Identity document
*Numer dokumentu / Document number	Telefon komórkowy (do przesłania przez ERGO Hestię numeru certyfikatu) / Mobile telephone number (to be sent a certificate number by ERGO Hestia)	
Adres e-mail (do przesłania przez ERGO Hestię numeru certyfikatu) / E-mail (to be sent a certificate number by ERGO Hestia)		Proponowana data rozpoczęcia Ochrony (DD:MM:RRRR) / Proposed date of commencement of insurance cover (DD:MM:YYYY)

*proszę o uzupełnienie w przypadku braku PESEL / Please complete if PESEL is missing

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.
/ ERGO Hestia is the controller of your personal data provided by the Policyholder in order to provide you with the insurance cover uations by ERGO Hestia under the Contract The full content of the declaration of ERGO Hestia as the controller of personal data is included in the General Terms and Conditions of Insurance.

IV. BENEFICJENCI / BENEFICIARIES

GŁÓWNI (łączna wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%) / PRIMARY BENEFICIARIES (The total in a given group of beneficiaries should amount to 100%)			DODATKOWI (łączna wartość w grupie beneficjentów powinna wynosić 100%) / Additional BENEFICIARIES (The total in a given group of beneficiaries should amount to 100%)		
Nazwisko i Imię / Surname and a given names	Data urodzenia / Date of birth	Udział w % / Share in %	Nazwisko i Imię / Surname and a given names	Data urodzenia / Date of birth	Udział w % / Share in %

V. UBEZPIECZENIE I SKŁADKA / INSURANCE and PREMIUM

Wybór / Choice	Wariant / Variant	Wysokość łącznej miesięcznej składki / Monthly premium rate	Kwota świadczenia za zgon ubezpieczonego / Amount of benefit for the death of the insured
☐	WARIANT 1		
☐	WARIANT 2		

OWU główne / Main T&Cs OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE PRACOWNIKÓW I ICH RODZIN HESTIA RODZINA (KOD HR 01/15) dalej: OWU HR 01/15 General Terms and Conditions of Group Life Insurance for Employees and their Families (code: HR 01/15)
OWU dodatkowe / Additional T&Cs

Wszystkie powyższej wymienione OWU główne oraz OWU dodatkowe łącznie zwane są dalej „OWU”
/ All of the above-mentioned main T&Cs and additional T&Cs are collectively referred to as the „T&Cs”

VI. OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ / DECLARATIONS AND CONSENTS GIVEN BY THE PERSON ENTERING THE GROUP LIFE INSURANCE

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 zaistniała choroba osoby ubezpieczonej, jeżeli do zdarzenia doszło przed upływem lat 3 od przystąpienia do ubezpieczenia (art. 815 § 3 i art. 834 kodeksu cywilnego).

/ I acknowledge that ERGO Hestia is not liable for consequences and circumstances which have not been disclosed to it or which have been provided untruthfully, and that in the life insurance contract, ERGO Hestia may raise the allegation that false information has been provided upon entering into the insurance contract, in particular that an insured person's disease was concealed if the event occurred prior to the expiry of the third year after the date of entering into the insurance contract (Article 815(3) and Article 834 of the Civil Code).

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.

/ I hereby express my consent to be covered by the insurance cover under the Contract concluded by the Policyholder indicated in this declaration with ERGO Hestia, in accordance with the contents of this Contract and the General Terms and Conditions of Insurance referred to in point V above, which shall be binding upon me as the Insured.

Oświadczam, że otrzymałem/am wymienione w pkt V powyżej OWU oraz treść oferty/polisu 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.

/ I hereby declare that I have received the General Terms and Conditions of Insurance mentioned in point V above, as well as the contents of the offer/policy with the number indicated in this document prior to expressing my consent to be provided with the insurance coverage and prior to expressing my consent to finance the insurance premium myself (if the insurance premium is financed by the Insured) and that I accept them.

OŚWIADCZAM, ŻE W DNIU WYPEŁNIANIA NINIEJSZEJ DEKLARACJI / I HEREBY DECLARE THAT ON THE DATE OF COMPLETING THIS DECLARATION OF CONSENT:

przebywam na zwolnieniu lekarskim / I am on sick leave	☐ NIE / NO ☐ TAK / YES
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 zaopatrzonym społecznie / I am in a hospital, I am in a hospice, social welfare home, sanatorium, I am declared incapable of work or service by the order of competent authority on the basis of the regulations concerning social insurance or social security	☐ NIE / NO ☐ TAK / YES

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

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

/ The following declaration is only required from hitherto uninsured family members of the employee (spouse/partner/adult child) wishing to join the insurance contract in question. NOTE! If you are an employee or a family member continuing the insurance coverage, the statement below does not apply, and you should tick "NO"

a) in the past 5 years, I have been diagnosed with or/and subject to a diagnosis/treatment/constant medical care for the following conditions: ischaemic heart disease, myocardial infarction, heart defect, heart rhythm disorder, cardiomyopathy, atherosclerosis, aneurysm, diabetes (except increased blood glucose during pregnancy), malignant neoplasm, blood disease (aplastic anaemia, leukaemia, lymphoma, myeloma, myelodysplastic syndrome, sickle cell disease, thalassemia, haemophilia or thrombophilia), benign brain or spinal cord neoplasm, cerebral stroke, intra-cerebral haemorrhage, paralysis, chronic respiratory failure, renal failure, cirrhosis, alcoholic disease (alcohol dependence syndrome) or drug dependence, multiple sclerosis, Parkinson's disease, Alzheimer's disease, AIDS, HIV infection, or any other disease for which a medical recommendation covered or covers organ transplantation

b) I intend to seek medical advice, I am waiting for diagnostic test results or to undergo diagnostic tests, or I intend to undergo treatment, including hospital treatment, for any of the above-mentioned diseases, which I have been diagnosed with or I am or have been subject to a diagnosis or treatment

☐ NIE / NO ☐ TAK / YES

ZGODA DLA PRACODAWCY NA POTRĄCENIE SKŁADKI / CONSENT OF THE INSURED FOR DEDUCTION OF THE PREMIUM BY THE POLICYHOLDER

☐ NIE / NO ☐ TAK / YES

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. Od udzielenia niniejszego upoważnienia nie uzależnia się objęcia ochroną.

/ I hereby authorize the employer to make deductions for the share of insurance premium from my remuneration, sickness or maternity benefit and other payment (THE FOLLOWING AUTHORIZATIONS SHALL NOT CONDITION THE PROVISION OF THE INSURANCE COVER. AN UNCHECKED CONSENT BOX MEANS THAT NO CONSENT HAS BEEN GIVEN)

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI OD NFZ / AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION FROM HEALTHCARE PROVIDER

☐ NIE / NO ☐ TAK / YES

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 uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

/ If I am provided with the insurance cover I authorize ERGO Hestia to obtain, on the basis of Article 38(8) the Act of 11 September 2015 on insurance and reinsurance activity, from the National Health Fund, data concerning names and addresses of service providers who provided me with health care services in connection with an accident or a fortuitous event which is the basis for determining liability and the amount of compensation or benefit. Since this authorization is necessary for proper execution of the insurance contract, i.e. for determining the liability of the Insurer and payment of benefits due under the insurance contract, the above-mentioned authorization is irrevocable during the term of the insurance contract/insurance cover and for 3 years of the date of its termination and shall be valid also after my death.

UPOWAŻNIENIE DO UZYSKANIA INFORMACJI OD PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ / AUTHORIZATION TO OBTAIN INFORMATION FROM HEALTHCARE PROVIDERS

☐ NIE / NO ☐ TAK / YES

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 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.

/ I authorized ERGO Hestia, on the basis of Article 38(6) of the Act of 11 September 2015 on insurance and reinsurance activity, to obtain, also after my death, each of the entities carrying out health care activity which provided health care services to me the information about the circumstances related to the insurance risk assessment and verification of the data provided by me and regarding my health conditions, and if the insurance contract is concluded, also with the establishment of my right to benefits under the insurance contract concluded and the amount of this benefit. The information shall include, except for genetic test results, the information about: reasons for hospitalization, diagnostic tests performed during the hospitalization and their results, other health care services provided, results of treatment and prognosis as well as the results of post-mortem examination, if any; reasons for outpatient treatment, diagnostic tests performed during this treatment and their results, other health care services provided, results of treatment and prognosis, results of the consultation; causes of death. Since this authorization is necessary for proper execution of the insurance contract, i.e. for determining the liability of the Insurer and payment of benefits due under the insurance contract, the above-mentioned authorization is irrevocable during the term of the insurance contract/insurance cover and for 3 years of the date of its termination and shall be valid also after my death.

ZGODA NA PRZEKAZYWANIE DOKUMENTÓW NA INNYM NIŻ PAPIER TRWAŁYM NOŚNIKU / DECLARATION OF CONSENT TO A DURABLE MEDIUM OTHER THAN A LETTER

☐ NIE / NO ☐ TAK / YES

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.

/ I hereby consent to the transfer by ERGO Hestia of information or documents relating to the insurance contract on a durable medium other than paper (i.e. to the email address provided by me, on a CD, on an individual online account made available by the Insurer).

WNIOSEK O KOMUNIKACJĘ ZA POMOCĄ ŚRODKÓW POROZUMIEWANIA SIĘ NA ODLEGŁOŚĆ / REQUEST FOR COMMUNICATION BY MEANS OF DISTANCE COMMUNICATION	☐ NIE / NO ☐ TAK / YES
Wnioskuję 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. <i>/I request that Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA in Sopot send me the correspondence related to performance of all the insurance activities through remote communication means (phone, e-mail, individual online account provided by ERGO Hestia), using the contact data I have provided, and the responses to the lodged complaints to the e-mail address as indicated in the data. I hereby agree to update my data. The consent granted to the abovementioned shall not condition the provision of the cover under the group life insurance contract.</i>	

ZGODA NA PRZEKAZYWANIE DANYCH OSOBOWYCH DO STU ERGO HESTIA SA DO CELÓW MARKETINGOWYCH, W TYM DO PREZENTACJI OFERT / CONSENT TO TRANSFER OF PERSONAL DATA TO STU ERGO HESTIA SA FOR MARKETING PURPOSES, INCLUDING PRESENTATION OF OFFERS	☐ NIE / NO ☐ TAK / YES
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. <i>/I hereby express my consent to make my personal data transferred to Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA in Sopot available to Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA in Sopot for the purposes of direct marketing of their own products and services, including presentation of insurance offers. The consent granted to the abovementioned shall not condition the provision of the cover under the group life insurance contract.</i>	

VII. PODPIS PRACOWNIKA I OSOBY SKŁADAJĄCEJ DEKLARACJĘ ZGODY / signature of the employee and the person making the declaration of consent

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. <i>/I hereby declare that all data contained herein is true and complete and that it was submitted to ERGO Hestia in good faith and to the best of my knowledge. I hereby express my consent that all statements made herein and in other documents signed by me constitute the basis for the insurance cover to be provided to me as part of the said group life insurance contract.</i>

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. <i>/In connection with the receipt and acceptance of the above General Terms and Conditions of Insurance by the Insured, I hereby authorise the employer to make deductions for the premium for the life insurance of my spouse/partner/child from my remuneration, sickness or maternity benefit and other payments.</i>

Miejscowość / Place	Data (DD:MM:RRRR) / Date (DD:MM:YYYY) 	Podpis Pracownika / Signature of Employee
----------------------------	--	--

Miejscowość / Place	Data (DD:MM:RRRR) / Date (DD:MM:YYYY) 	Data i podpis małżonka / partnera / dorosłego dziecka / Date and signature of spouse / partner / adult child
----------------------------	--	---