

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

HESTIA RAZEM OTWARTA GRUPA

ERGO
HESTIA*

Oświadczam, że obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat nie chorowałem(am) na:

- jakiegokolwiek choroby serca lub układu krążenia (np. chorobę wieńcową, zawał serca, wadę serca, zaburzenia rytmu serca (arytmię), kardiomiopatię, miażdżycę lub tętniaka
- cukrzycę (z wyjątkiem podwyższonego poziomu glukozy we krwi w okresie ciąży)
- raka, choroby krwi (w tym nowotwór złośliwy krwi: białaczkę, chłoniaka, szpiczaka mnogiego) lub inne choroby nowotworowe (w tym nowotwory ośrodkowego układu nerwowego)
- udar mózgu, krwotok śródmózgowy, porażenie (paraliż), niewydolność nerek, marskość wątroby, stwardnienie rozsiane, chorobę Parkinsona, chorobę Alzheimera, chorobę AIDS, zakażenie wirusem HIV

Oświadczam, że obecnie:

- nie zamierzam zasięgać porady lekarskiej, nie oczekuję na wyniki lub wykonanie badań diagnostycznych lub nie zamierzam poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu z powodu chorób wymienionych powyżej
- nie przebywam w szpitalu, hospicjum, domu pomocy społecznej, sanatorium lub na zwolnieniu lekarskim
- nie jestem uznany(a) za niezdolnego(a) do pracy lub służby orzeczeniem właściwego organu, według przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym

Oświadczam, że w ciągu ostatniego roku nie byłem(am) hospitalizowany(a) i/lub nie przebywałem(am) na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 30 dni. Nie dotyczy to: złamań, usunięcia wyrostka robaczkowego, usunięcia migdałków podniebiennych, ciąży (o ile w jej trakcie nie występowały schorzenia, które są leczone w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową).

Oświadczam, że nie wykonuję żadnego z poniższych zawodów:

artysta cyrkowy, czyszciciel elewacji budowlanych/okien, dekarz, funkcjonariusz służb specjalnych, górnik, kaskader, kominiarz, konwojent wartości pieniężnych, marynarz morski, monter konstrukcji budowlanych/rusztowań, nurek, ochroniarz, operator dźwigu, operator maszyn i urządzeń do produkcji materiałów wybuchowych, członek załogi statku powietrznego, pilot statku powietrznego, policjant, pracownik przy wydobyciu ropy naftowej lub gazu, ratownik górski, ratownik wodny, robotnik rozbiórki budowlanej, rybak morski, spadochroniarz, sportowiec zawodowy, strażak, żołnierz zawodowy.

TAK

NIE

Do zawarcia ubezpieczenia wymagane jest potwierdzenie powyższego oświadczenia na TAK

ANKIETA MEDYCZNA DODATKOWA – do ubezpieczenia BEST DOCTORS

Oświadczam, że obecnie lub w ciągu ostatnich 10 lat nie znajdowałem(am) się w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania któregośkolwiek z następujących stanów chorobowych:

- każdy zdiagnozowany rak lub odkrycie słabo zróżnicowanych (niedojrzałych) komórek, w tym zmiany przedzłośliwe, leukoplakia, przełyk Barretta, wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Crohna
- zdiagnozowane: zawał mięśnia sercowego, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, kardiomiopatia
- zdiagnozowane: wada zastawki serca, miażdżycy
- zdiagnozowane: udar mózgu (włączając TIA), nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (w tym mózgu i rdzenia kręgowego), tętniak wewnątrzczaszkowy, nowotwory łagodne rdzenia kręgowego
- zdiagnozowane: nowotwór złośliwy krwi (w tym białaczka, chłoniak, szpiczak mnogi) i/lub choroby niedoboru odporności
- zdiagnozowane: niewydolność nerek lub istniejąca wcześniej niewydolność nerek z podwyższonym stężeniem kreatyniny w surowicy, wielotorbielowatość nerek, marskość wątroby, stwardniające zapalenie dróg żółciowych, zespół Budd-Chiara, przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C, przewlekła obturacyjna choroba płuc, mukowiscydoza, włóknienie płuc (kryptogenne i alergiczne)

Oświadczam, że obecnie nie oczekuję na wyniki badań diagnostycznych w zakresie objawów któregośkolwiek z powyższych stanów.

Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania jest na terytorium RP.

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 i wysokości tego świadczenia, 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.

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 grupowego ubezpieczenia na życie 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.

TAK

NIE

Do zawarcia ubezpieczenia wymagane jest potwierdzenie powyższego oświadczenia na TAK

DANE OSOBOWE	Imię i Nazwisko	
	Nazwisko panieńskie Matki	
	PESEL	

DANE OSOBOWE CD	Obywatelstwo	
	Nr telefonu komórkowego	
	Adres e-mail	
DANE ADRESOWE	Miejscowość	
	Adres (ulica, nr domu, nr lokalu)	
	Kod pocztowy	
Adres korespondencyjny – jeśli jest inny niż podany wyżej	Miejscowość	
	Adres (ulica, nr domu, nr lokalu)	
	Kod pocztowy	

INNA POLISA W HESTII. Czy posiadasz w ERGO Hestii ubezpieczenie na życie, z którego chcesz zrezygnować?

 TAK

 NIE

Jeśli TAK, to podaj rodzaj i numer polisy

PARTNER. Czy chcesz dodać partnera?

 TAK

 NIE

Jeśli TAK, to podaj poniżej jego dane oraz zaznacz poniższe oświadczenie

DANE PARTNERA	Imię i Nazwisko	
	PESEL	

 TAK

Oświadczam, że wraz ze 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.

UPOSAŻENI

IMIĘ I NAZWISKO	DATA URODZENIA	UDZIAŁ

KLAUZULE

- Zgoda na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie / *wymagana*
- Zgoda na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia / *wymagana*
- Upoważnienie do uzyskania informacji od NFZ oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą / *wymagana*
- Wniosek o komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość / *wymagana*
- Zgoda na przekazywanie dokumentów na innym niż papier trwałym nośniku / *wymagana*
- Zgoda na przekazywanie danych osobowych do STU ERGO HESTIA S.A. w celu marketingu jego produktów i usług, w tym prezentacji ofert
- Zgoda dla Ubezpieczającego – Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w grupie otwartej / *wymagana*

Szczegóły powyższych zgód znajdują się dalej

Data i czytelny podpis Ubezpieczającego

Zgoda na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie

Wyrażam zgodę na objęcie mnie grupowym ubezpieczeniem na życie, zawartym przez wskazanego w niniejszym dokumencie Ubezpieczającego z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (dalej ERGO Hestia), zgodnie z treścią tej umowy i Warunkami Ubezpieczenia, które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Zgoda na przetwarzanie danych dotyczących stanu zdrowia

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. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Upoważnienie do uzyskania informacji od NFZ oraz od podmiotów wykonujących działalność leczniczą

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.

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 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 w ciągu 3 lat od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Wniosek o komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość

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 Ubezpieczyciela) 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 uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Zgoda na przekazywanie dokumentów na innym niż papier trwałym nośniku

Wyrażam zgodę, aby ERGO Hestia przekazywała mi informacje lub dokumenty dotyczące umowy ubezpieczenia na innym niż papier trwałym nośniku, tj. na podany przeze mnie adres e-mail, w indywidualnym koncie internetowym udostępnionym przez Ubezpieczyciela. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Zgoda na przekazywanie danych osobowych do STU ERGO HESTIA S.A. w celu marketingu jego produktów i usług, w tym prezentacji ofert

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia. Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Zgoda dla Ubezpieczającego – Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w grupie otwartej

Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Krajowe Stowarzyszenie ubezpieczonych w Grupie Otwartej z siedzibą w Sopocie na podany przeze mnie adres email, informacji handlowej o nowych wariantach ubezpieczenia oferowanych przez ERGO Hestię na podstawie, której będę mógł/mogła dokonać zmiany warunków ochrony ubezpieczeniowej w każdą rocznicę polisy. Wyrażoną zgodę mogę cofnąć w każdym czasie i bez podawania przyczyny przesyłając oświadczenie na adres ksu@grupaotwarta.com.pl. Wycofanie zgody nie będzie miało wpływu na zgodność z prawem przetwarzania przed jej cofnięciem.

Administratorem Twoich danych osobowych podanych w deklaracji przystąpienia do Krajowego Stowarzyszenia ubezpieczonych w Grupie Otwartej (dalej: Twoje dane osobowe) jest Krajowe Stowarzyszenie ubezpieczonych w Grupie Otwartej z siedzibą w Sopocie przy ul. Rzemieślniczej 17/19, dane kontaktowe: tel. 58 785 87 88, adres email: ksu@grupaotwarta.com.pl (dalej: Stowarzyszenie). W sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych oraz w celu realizacji praw z nimi związanych możesz skontaktować się z powołanym przez Stowarzyszenie Inspektorem Ochrony Danych mailowo pod adresem ksu@grupaotwarta.com.pl.

Twoje dane osobowe będą przetwarzane:

1) do realizacji celów określonych w statucie Stowarzyszenia tj. umowy, której jako członek Stowarzyszenia będziesz stroną (Statut), w tym do wykonywania umowy grupowego ubezpieczenia, do której przystąpisz w ramach Stowarzyszenia, przez czas Twojego członkostwa w Stowarzyszeniu oraz rozliczeń po jego zakończeniu (podstawą takiego przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do wykonania umowy),

2) w celu dochodzenia ewentualnych roszczeń związanych z Twoim członkostwem w Stowarzyszeniu oraz obrony przed takimi roszczeniami - przez okres przedawnienia się tych roszczeń (podstawą takiego przetwarzania będą prawnie uzasadnione interesy Stowarzyszenia).

3) w celach marketingu bezpośredniego tj. w celu przekazywania informacji handlowych dotyczących wariantów ubezpieczenia grupowego i możliwości ich zmiany w rocznicę polisy w przypadku wyrażenia zgody na otrzymywanie informacji handlowych na podany adres email - do czasu wycofania tej zgody lub wyrażenia sprzeciwu (podstawą takiego przetwarzania będą prawnie uzasadnione interesy Stowarzyszenia). Odbiorcami Twoich danych osobowych będzie Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, agenci ubezpieczeniowi, oraz podmioty świadczące na rzecz Stowarzyszenia usługi IT, księgowo, prawne, kurierskie, pocztowe oraz inne czynności na zlecenie Stowarzyszenia. Wszyscy odbiorcy mają siedzibę na terenie Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

Posiadasz prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych osobowych.

Przysługuje Tobie prawo do złożenia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Podanie przez Ciebie danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji jest niezbędne do realizacji postanowień Statutu wobec Ciebie jako członka Stowarzyszenia. W przypadku nie podania danych osobowych nie będziesz mógł stać się członkiem Stowarzyszenia. Stowarzyszenie nie będzie podejmowało wobec Ciebie decyzji w sposób zautomatyzowany, w tym w wyniku profilowania, wywołujących wobec Ciebie skutki prawne lub w podobny sposób istotnie na Ciebie wpływających.