

# DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZWIĄZANEGO Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM



PROSIMY O WYPEŁNIENIE WIELKIMI LITERAMI

	Pieczęć firmowa Ubezpieczającego
Numer polisy	

## 1. Dane Ubezpieczonego

Imię																					
Nazwisko																					
Adres zameldowania Ulica						nr domu						nr lokalu									
Kod pocztowy	Miejscowość																				
Adres do korespondencji Ulica						nr domu						nr lokalu									
Kod pocztowy	Miejscowość																				
PESEL						Data urodzenia	R	R	R	R	M	M	D	D							
Nr telefonu																					
e-mail																					
						Zawód wykonywany															

## 2. Dane Małżonka Ubezpieczonego (jeśli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia: szpitalnego lub operacji chirurgicznych, lub poważnego zachorowania, lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku)

Imię																					
Nazwisko																					
Adres zameldowania Ulica						nr domu						nr lokalu									
Kod pocztowy	Miejscowość																				
PESEL						Data urodzenia	R	R	R	R	M	M	D	D							

## 3. Dyspozycja podziału składki funduszowej \*/\*\*

Lp.	Nazwa funduszy	Kod funduszy	% udziału		Lp.	Nazwa funduszy	Kod funduszy	% udziału		
			Składka funduszowa	Dodatkowa składka funduszowa				Składka funduszowa	Dodatkowa składka funduszowa	
1					6					
2					7					
3					8					
4					9					
5					10					
								Razem:	100%	100%

\* - wypełnić w przypadku opłacania składki funduszowej  
\*\* - stała dyspozycja inwestowania składki funduszowej

## 4. Uposażeni (osoby uprawnione do świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego)

Lp.	Nazwisko i imię/nazwa	PESEL/REGON	Adres/siedziba	% świadczenia
1				
2				
3				
4				
				łącznie 100%

Wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia kwot na zapłatę składek z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz przekazywanie ich na konto HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA\*.  
\* - zaznaczyć w przypadku opłacania części lub całości składki z wynagrodzenia Ubezpieczonego

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis Ubezpieczonego

## 5. Oświadczenie

1. Wyrażam zgodę na zawarcie przez Ubezpieczającego z HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na mój rachunek oraz wyrażam chęć przystąpienia do w/w umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przez Ubezpieczającego z HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA na mój rachunek, w tym wyrażam zgodę na wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych dokumentach sumę ubezpieczenia/sumy ubezpieczenia oraz na inne warunki umowy ubezpieczenia.  
Ubezpieczający jest uprawniony w moim imieniu do dokonywania zmiany umowy, w tym sumy ubezpieczenia/sumy ubezpieczenia, o których mowa powyżej.  
Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji są pełne i zgodne ze stanem faktycznym.  
W przypadku przystąpienia przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przed dniem złożenia przeze mnie oświadczenia o przystąpieniu, niniejszą zgodę należy traktować jako wyrażenie zgody na zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przez Ubezpieczającego i dokonywanie przez niego innych czynności opisanych powyżej.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji oraz uzyskanych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA w związku z zawieraniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz jej wykonywaniem, w tym danych osobowych o stanie mojego zdrowia i nałogach. Jednocześnie wyrażam zgodę na to, aby na żądanie HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA wszelkie placówki medyczne oraz lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską udzielali informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, jak również przekazywali dokumentację medyczną, związaną z moim leczeniem, w celu ustalenia ryzyka i realizacji świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, za mego życia, jak i po mojej śmierci.
3. Niniejszym przyjmuję do wiadomości, że:
  - 1) dane osobowe zbioru danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przetwarzane są pod adresem: HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, ul. Hrubieszowska 2, 01-209 Warszawa,
  - 2) celem zbierania i przetwarzania danych osobowych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA jest zawarcie pomiędzy Ubezpieczającym i HDI-Gerling Życie Towarzystwem Ubezpieczeń SA jako zakładem ubezpieczeń umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na rzecz ubezpieczonych i wykonanie postanowień tej umowy. W trakcie trwania umowy odbiorcami zebranych danych osobowych będą reasekuratorzy w kraju, jak i za granicą, w zakresie związanym z reasekuracją przyjętego przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA ryzyka ubezpieczeniowego,
  - 3) każda osoba, której dane są przetwarzane w zbiorze danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym HDI-Gerling Życie Towarzystwa Ubezpieczeń SA, ma prawo do wglądu do swoich danych oraz prawo żądania ich poprawienia,
  - 4) zobowiązanie do podania swoich danych osobowych wynika z faktu dobrowolnego przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.Zapisy powyższe stosuje się odpowiednio także do Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego lub operacji chirurgicznych, lub poważnego zachorowania, lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.
4. Wyrażam zgodę TAK/NIE\*\*\* na otrzymywanie drogą elektroniczną od HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA korespondencji dotyczącej wszelkich informacji oraz ofert związanych z ubezpieczeniami w HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA na wskazany adres e-mail\*\*\*\*.
5. Oświadczenia, o których mowa w pkt. 1-4 powyżej, zachowują ważność w przypadku zawierania nowych umów grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym pomiędzy Ubezpieczającym a HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, a także w przypadku zastępowania niniejszej umowy ubezpieczenia inną lub innymi umowami.

\*\*\* – niepotrzebne skreślić

\*\*\*\* – niniejsza zgoda jest wymagana zgodnie z art. 10 ust. 2 „O świadczeniu usług drogą elektroniczną” z dnia 18 lipca 2002 roku (Dz.U. Nr 144 poz.1204 z późn. zm.)

.....  
miejscość, data

.....  
podpis Ubezpieczonego

.....  
pieczęć imienna i podpis osoby  
upoważnionej do reprezentowania  
Ubezpieczającego

.....  
miejscość, data

.....  
podpis Małżonka Ubezpieczonego  
(jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu  
dodatkowego ubezpieczenia: szpitalnego  
lub operacji chirurgicznych lub poważnego  
zachorowania lub uszczerbku na zdrowiu  
w następstwie wypadku)