



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. UBEZPIECZAJĄCY

	Numer polisy
--	--------------

II. UBEZPIECZONY (PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

<input type="checkbox"/> Małżonek ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/> Dziecko ubezpieczonego pracownika <input type="checkbox"/> Partner ubezpieczonego pracownika	
Nazwisko	
Imiona	
Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)
Data potrącenia pierwszej składki ubezpieczeniowej (DD:MM:RRRR)	
Obywatelstwo	PESEL
Data zatrudnienia pracownika, którego małżonek /dziecko/partner składa deklarację (DD:MM:RRRR)	Data (DD:MM:RRRR) zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem (dotyczy małżonków)

III. DANE ADRESOWE (PROSIMY O PODANIE STAŁEGO ADRESU ZAMIESZKANIA)

Kraj	Miejscowość	Kod	
Poczta	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy	
E-mail			
Wnioskuję o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) 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 w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przesłanie decyzji na Druku zmian).			<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

IV. ADRES KORESPONDENCYJNY (PROSIMY WYPEŁNIĆ JEŻELI JEST INNY NIŻ STAŁY ADRES ZAMIESZKANIA)

Kraj	Miejscowość	Kod	
Poczta	Ulica	Numer domu	Numer lokalu

V. DANE PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECKO SKŁADA DEKLARACJĘ

Nazwisko	
Imiona	Data urodzenia (DD:MM:RRR)

VI. UBEZPIECZENIE

Typ ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina	Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (DD:MM:RRRR)
--	--

VII. ZAKRES UBEZPIECZENIA I SKŁADKA

Deklaruję przystąpienie do ubezpieczenia Hestia Rodzina - proszę zaznaczyć „x”
Suma ubezpieczenia we wszystkich wariantach wynosi 25.000 zł

Deklaruję przystąpienie do wariantu	<input type="checkbox"/> Wariant I	<input type="checkbox"/> Wariant II	<input type="checkbox"/> Wariant III	<input type="checkbox"/> Wariant IV	<input type="checkbox"/> Wariant V	<input type="checkbox"/> Wariant VI	<input type="checkbox"/> Wariant VII
Składka	55,20 zł	73,30 zł	80,30 zł	83,70 zł	95,70 zł	119,00 zł	80,00 zł
Kwota świadczenia za zgon Ubezpieczonego	18 540 zł	38 110 zł	43 260 zł	48 410 zł	54 590 zł	86 520 zł	80 340 zł

Dodatkowo wnioskuję o rozszerzenie ochrony o pakiet dodatkowy - proszę zaznaczyć „x”

<input checked="" type="checkbox"/> Rodzina <input type="checkbox"/> Składka 5,80 zł
--

UWAGA! WSPÓŁMAŁŻONKOWIE, PARTNERZY I PEŁNOLETNIE DZIECI WYBIERAJĄ TEN SAM WARIANT UBEZPIECZENIA, KTÓRY WYBRAŁ ZGŁASZAJĄCY GO DO UBEZPIECZENIA PRACOWNIK BĄDŹ TAŃSZY

VIII. CZĘSTOTLIWOŚĆ OPŁACANIA SKŁADKI

Częstotliwość opłacania składki regularnej miesięczna	Procentowy udział ubezpieczonego w składce regularnej 100%	Procentowy udział ubezpieczającego w składce regularnej 0%
---	--	--

