

PRZYSTĄPIENIE ELEKTRONICZNE – dotyczy pracownika i członka rodziny.

1. Poprzez dowolną przeglądarkę wchodzi Państwo w przesłany link.

- Otworzy się panel „Podaj hasło”

- W miejscu Hasła należy wpisać hasło przysłane do Państwa razem z linkiem.
- Pod hasłem wyświetli się ciąg liter, który należy przepisać poniżej.
- Jeżeli litery będą trudne do odczytania proszę używać niebieskiego odnośnika [Odśwież](#) tak długo aż ciąg liter będzie czytelny.
- Zaloguj

2. Po prawidłowym wypełnieniu hasła i ciągu liter na poprzednim kroku i kliknięciu Zaloguj pojawi się oświadczenie do akceptacji, a po jego akceptacji panel z danymi do wypełnienia.

- Tutaj należy wpisać swoje dane osobowe, adres email i nr telefonu oraz oznaczyć oświadczenie: Zgoda na przesłanie Oferty i OWU na adres mailowy

- Nie wypełnienie któregoś z pól nie pozwoli Państwu przejść dalej
- Adres email i telefon są potrzebne do kontaktu z Państwem w sytuacji likwidowania roszczenia, a także do przesyłania OWU, warunków ubezpieczenia, certyfikatu ubezpieczenia
- Dalej

Krok 2: Wariant ubezpieczenia

Wybierz wariant ubezpieczenia korzystając z otrzymanej od ERGO Hestii oferty oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Możesz też wskazać beneficjentów i Partnera.

☒ Dane osobowe

☐ Warunki ubezpieczenia

☐ Stan zdrowia

☐ Pozostałe zgody

☐ Potwierdzenie

Wariant ubezpieczenia

Wariant 1 (dla pracownika i członka rodziny)

Świadczenie za zgon ubezpieczonego

Łączna składka miesięczna

Wybierz

Oświadczenie

☐ Oświadczenie o otrzymaniu i akceptacji treści oferty i OWU
Oświadczam, że otrzymałem na wskazany przeze mnie adres mailowy treść oferty oraz OWU 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

Czy chcesz wskazać beneficjentów?

☐ Tak
 ☐ Nie

Czy chcesz wyznaczyć Partnera w miejsce małżonka (dotyczy związku nieformalnego)?

☐ Tak
 ☐ Nie

Wróć

Dalej

- W tym panelu wybierają Państwo wariant ubezpieczenia (może być jeden lub wiele)- należy kliknąć w Wybierz; wybrany wariant podświetli się na czerwono
- Oznaczają Państwo oświadczenie: Oświadczenie o otrzymaniu i akceptacji treści oferty i OWU
- Wskazują Państwo beneficjentów/uposażonych poprzez oznaczenie TAK i wpisanie ich danych – jest to osoba lub osoby, które chcą Państwo upoważnić do otrzymania świadczenia wynikającego z umowy w przypadku Państwa śmierci
- Wskazują Państwo także Partnera w miejsce małżonka, tylko dla osób będących w związkach partnerskich; świadczenia na polisie dotyczące małżonków tym samym będą dotyczyć Państwa Partnera
- Dalej

Krok 3: Stan zdrowia

Odpowiedz na pytania dotyczące Twojego stanu zdrowia i zaakceptuj wymagane upoważnienia i zgody.

☒ Dane osobowe

☒ Warunki ubezpieczenia

☒ Stan zdrowia

☐ Pozostałe zgody

☐ Potwierdzenie

Oświadczam, że w dniu wypełniania niniejszej deklaracji:

- ☐ Nie ☐ Tak przebywam na zwolnieniu lekarskim
- ☐ Nie ☐ Tak 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 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"

- 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
- 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

Zgody i upoważnienia

- ☐ Upoważnienie do uzyskania informacji od NFZ

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 oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, jak również w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności ERGO Hestii oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z uwagi na niezgodność 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

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 wysokości tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje: z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji wykonywanych w jej trakcie badań 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 badań diagnostycznych i ich wynikach. Innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych oraz wynikach leczenia; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezgodność 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 udzielenia niniejszego upoważnienia uzależnia się objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Wróć

Dalej

- Na panelu powyżej oznaczają Państwo oświadczenia odnośnie stanu zdrowia zgodnie ze stanem faktycznym na czas wypełniania wniosku
- UWAGA oświadczenie wymienione w kolejności jako trzecie „c)” **dotyczy tylko OSÓB WSPÓŁUBEZPIECZONYCH DO TEJ PORY NIE UBEZPIECZONYCH W POPRZEDNIEJ POLISIE (te osoby zapoznają się z treścią tego oświadczenia i oznaczają je zgodnie z prawdą), Pozostałe osoby oznaczają to oświadczenie zawsze na NIE**
- Oznaczają Państwo także zgody i upoważnienia, są one standardowe
- Dalej

- Pojawi się do akceptacji oświadczenie o wpisaniu przez Państwa prawdziwych informacji



Informacja

Przyjmuję do wiadomości, że ERGO Hestia nie ponosi odpowiedzialności za skutki 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 nieprawdliwe wiadomości, w szczególności, że zatężona została choroba osoby ubezpieczonej, jeżeli do zdarzenia doszło przed upływem lat 3 od przystąpienia do ubezpieczenia (art. 815 § 3 i art. 834 kodeksu cywilnego).

Wróć

Akceptuję

Akceptacja

Krok 4: Pozostałe zgody i oświadczenia

Zaznacz wymagane do zawarcia ubezpieczenia pozostałe zgody i oświadczenia.

✓ Dane osobowe

✓ Warunki ubezpieczenia

✓ Stan zdrowia

Pozostałe zgody

Potwierdzenie

☐ Zgoda na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie (dalej: „Umowa”), zawartej przez wskazanego w niniejszym formularzu Ubezpieczającego z ERGO Hestią, zgodnie z treścią tej Umowy i OWU, które będą mnie obowiązywały jako Ubezpieczonego. Od udzielenia niniejszej zgody 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 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

Wnioskuje o przysyłanie 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

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.

☐ Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym formularzu 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 mojego objęcia przedmiotowym grupowym ubezpieczeniem na życie.

Wróć

Dalej

- Na panelu powyżej oznaczają Państwo wszystkie zgody; mogą Państwo zrezygnować z oznaczenia przedostatniego oświadczenia jeżeli widzą Państwo taką potrzebę
- Dalej

Krok 5: Podsumowanie

Sprawdź dokładnie dane.

✓ Dane osobowe

✓ Warunki ubezpieczenia

✓ Stan zdrowia

✓ Pozostałe zgody

Potwierdzenie

Podsumowanie

Ubezpieczyciel
 Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (ERGO Hestia)

Ubezpieczający

Dane osobowe

Imię i nazwisko

PESEL/Numer dokumentu

Obywatelstwo

Numer telefonu komórkowego

E-mail

Warunki ubezpieczenia

Świadczenie za zgon ubezpieczonego

Łączna składka miesięczna

Beneficjenci

Wróć

Wyślij zgłoszenie

- Na tym panelu sprawdzamy czy wpisane przez nas dane się zgadzają, jeżeli coś jest błędnie możemy się wrócić i poprawić
- Po sprawdzeniu danych klikamy WYŚLIJ ZGŁOSZENIE i pojawi się ostatni panel

WAŻNE:



Dziękujemy za złożenie deklaracji zgody na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie.

W przypadku pozytywnej weryfikacji Pani/Pana deklaracji zgody, na potwierdzenie objęcia ochroną ubezpieczeniową zostanie Pani/Panu przekazany Certyfikat objęcia grupowym ubezpieczeniem na życie.

**Pobierz plik z Twoim zgłoszeniem**
dokument z podsumowaniem Twojego przystąpienia

**Zaproś członka rodziny**
małżonka/partnera lub dorosłe dziecko - do umowy grupowego ubezpieczenia na życie

- Na tym etapie mogą Państwo zaprosić do ubezpieczenia naszego małżonka, partnera i pełnoletnie dziecko poprzez wybór kafelka **Zaproś członka rodziny**
- Tutaj mogą Państwo pobrać także swoje elektroniczne przystąpienia

3. Zaproś członka rodziny:

- Po kliknięciu **Zaproś członka rodziny** pojawi się kolejny panel:

Zaproś współmałżonka/partnera lub dorosłe dziecko do ubezpieczenia.

Wprowadź dane osób, które chcesz zaprosić do ubezpieczenia.

☐ Członkowie Rodziny

**Dodaj członka Rodziny**
do umowy grupowego ubezpieczenia na życie (współmałżonka, partnera lub dorosłe dziecko)

Klauzule

☒ Zgoda na przesłanie oferty i OWU do zapraszanych osób do ubezpieczenia

Oświadczam, że osoby, które zapraszam do przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie wyraziły zgodę na podanie ich danych osobowych ERGO Hestii oraz wysłanie im zaproszenia do przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie - użycie podanego powyżej adresu e-mail oraz numeru telefonu przez ERGO Hestię w celu przesłania linku do elektronicznego formularza deklaracji zgody oraz kodu weryfikacyjnego.

Wyślij zaproszenie

- Należy kliknąć w **Dodaj członka rodziny**; zostaną Państwo przeniesieni do kolejnego Panelu:



Wprowadź dane osobowe

Stopień pokrewieństwa ▼

Imię Nazwisko PESEL Obywatelstwo
POLSKIE - POLSKA ▼

Numer telefonu komórkowe... Adres e-mail

Wybierz ubezpieczenia

Wariant 1 (dla pracownika i członka rodziny)

Świadczenie za zgon ubezpieczonego
42 000 zł

Łączna składka miesięczna
76 zł

Wybierz

Anuluj **Dodaj**

- Tutaj wypełniają Państwo dane osobowe członka rodziny, który ma także zostać objęty ubezpieczeniem
- wypełnia Państwo jego dane: Stopień pokrewieństwa, Imię , nazwisko, Pesel, adres email, nr telefonu
Członek rodziny otrzymuje na adres mailowy link do logowania, a hasło do logowania SMS-em, dlatego zawsze należy podawać prawidłowe dane kontaktowe.
- Po wypełnieniu klikają Państwo Dodaj, proces można powtórzyć jeżeli chcą Państwo dodać kolejnego członka rodziny (do wyboru: małżonek lub partner, dorosłe dziecko)
- Po dodaniu wybranych przez Państwa członków rodziny, oznaczamy klauzulę: Zgoda na przesłanie oferty i OWU do zapraszanych osób do ubezpieczenia i klikamy WYŚLIJ ZAPROSZENIE
- Osoba zaproszona na wskazany adres email otrzyma link do przystąpienia, a na wskazany nr telefonu hasło do przystąpienia; po zalogowaniu się będzie mogła wypełnić swoje przystąpienie do ubezpieczenia tak samo jak Państwo

Zachęcam do kontaktu, chętnie pomogę przejść cały proces:

Ewelina Benisz, t. 727 024 533, email: ewelina.benisz@ergohestia.pl