

**Grupowe Ubezpieczenie na Życie**  
w HDI Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

<b>RODZAJ ŚWIADCZENIA</b>	<b>Wariant I</b>	<b>Wariant II</b>
śmierć ubezpieczonego (naturalna)	10 000 zł	30 000 zł
Śmierć ubezpieczonego w nieszczęśliwym wypadku	20 000 zł	60 000 zł
Wystąpienie poważnego zachorowania*	5 000 zł	5 000 zł
częściowy uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 1% uszczerbku	200 zł	200 zł
osierocenie dziecka	1 000 zł	1 000 zł
urodzenie dziecka	1 000 zł	-
Zgon współmałżonka	5 000 zł	5 000 zł
zgon rodziców ubezpieczonego	1 000 zł	-
zgon rodziców współmałżonka ubezpieczonego	1 000 zł	-
<b>Ubezpieczenie szpitalne</b>	<b>Od 40 zł do 600 zł za dzień pobytu w szpitalu – zgodnie z OWU zakres podstawowy</b>	
<b>MIESIĘCZNA SKŁADKA OCHRONNA</b>	<b>31,00 zł</b>	<b>31,00 zł</b>

\* W grupie poważnych zachorowań znajdują się:

1. Nowotwór, 2. Zawał serca, 3. Udar mózgu, 4. Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych- by-pass, 5. Leczenie chorób naczyń wieńcowych- inne zabiegi, 6.. Niewydolność nerek, 7. Przeszczep dużych narządów, 8. Utrata wzroku, 9. Utrata kończyn, 10. Utrata mowy, 11. Ciężkie oparzenie, 12. Przewlekłe zapalenie wątroby typu B.

Szczegółowy opis poważnych zachorowań wraz z terminem obowiązywania znajduje się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia dołączonych do polisy.

Program ubezpieczenia jest skonstruowany na zasadach ubezpieczenia grupowego. Jego innowacyjny charakter polega na tym, że jest dostępny dla klientów indywidualnych, pod warunkiem zatrudnienia w określonych zawodach. Składka do zakładu ubezpieczeń przekazywana jest za pośrednictwem brokera. Do ubezpieczenia przystępuje się bez badań lekarskich oraz bez okresu karencji (wyjątek stanowią poważne zachorowania oraz częściowo ubezpieczenie szpitalne – karencja 3 miesiące). Przystąpienie do wariantu I wiąże się z 10-miesięczną karencją na urodzenie dziecka oraz z 6-miesięczną karencją na zgon rodziców i teściów. Warianty można zmieniać w czasie okresu ubezpieczenia, jednakże obowiązuje zasada, że nie można osiągnąć dodatkowych korzyści za zdarzenie ubezpieczeniowe, które zaistniało lub którego wiadoma ubezpieczonemu przyczyna zaistniała przed dokonaniem zmiany wariantu.

**Bliższych informacji na temat warunków oraz możliwości zawarcia ubezpieczenia udziela Biuro Usług Brokerskich, 41-902 Bytom, ul. Olejniczaka 4/5, tel. 281 14 91**

**DEKLARACJA PRACOWNIKA (UBEZPIECZONEGO)**

Imię i Nazwisko.....

Przystępuję do programu HDI GERLING ŻYCIE T.U. S.A. i wybieram wariant (zaznacz odpowiedni kwadrat):

WARIANT I

WARIANT II

.....  
miejsowość

.....  
data

.....  
podpis pracownika ( Ubezpieczonego)

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE**

*KWESTIONARIUSZ OSOBOWY*

--	--	--	--

Numer wykazu

**Nr polisy :0100000320**

**Nr pośrednika : 200-00002**

**Dane ubezpieczonego:**.....

Dane osobowe:

imię/imiona:

nazwisko:

data urodzenia:         stanowisko pracy:

*dzień      miesiąc      rok*

    

*numer ewidencyjny PESEL*

*seria i numer dowodu tożsamości*

Adres: kod:  -       miejscowość:

ulica

*nr domu      nr mieszkania*

**Dane dotyczące osoby uprawnionej:**.....

<i>Nr</i>	<i>Imię i Nazwisko</i>	<i>Pokrewieństwo</i>	<i>Data urodzenia</i>	<i>PESEL</i>	<i>Seria i numer dowodu osobistego</i>	<i>%</i>

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym kwestionariuszu są pełne i zgodne ze stanem faktycznym.  
 Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie przez HDI Gerling Życie T.U. S.A. moich danych osobowych, zawartych w niniejszym kwestionariuszu, uzyskanych przez HDI Gerling Życie T.U. S.A. w związku z zawieraniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie oraz jej wykonywaniem, w tym danych osobowych o stanie mojego zdrowia i nałogach. Jednocześnie wyrażam zgodę na to, aby na żądanie HDI Gerling Życie T.U. S.A. wszelkie placówki medyczne oraz lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską udzielali informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, jak również przekazywali dokumentację medyczną związaną z moim leczeniem w celu ustalenia ryzyka i realizacji świadczeń z tytułu ubezpieczenia za mego życia i po mojej śmierci.  
 Wyrażam zgodę na przekazywanie moich danych osobowych do HDI Gerling Życie T.U. S.A. za pośrednictwem Ubezpieczającego, w tym także danych przetworzonych przez Ubezpieczającego w celu właściwej obsługi grupowego ubezpieczenia na życie.  
 Wyrażam zgodę na przekazywanie przez HDI Gerling Życie T.U. S.A. moich danych osobowych do Funduszy Inwestycyjnych w kraju oraz do reasekuratorów w kraju jak i za granicą.

.....  
*miejscowość      data      podpis ubezpieczonego      podpis pośrednika*