



WNIOSEK O UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DUO PROTECT

Prosimy o wypełnienie wniosku drukowanymi literami oraz o nieużywanie ołówka. Dokonywanie zmian (tylko przez skreślenie) oraz dopisywanie danych innym charakterem pisma lub kolorem może nastąpić wyłącznie za zgodą Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego i musi zostać potwierdzone jego podpisem.

CZĘŚĆ PIERWSZA | AGENCJA UBEZPIECZENIOWA

Nazwa Agencji	Numer Agencji
---------------	---------------

CZĘŚĆ DRUGA | DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko		
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	PESEL	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Obywatelstwo	Dokument stwierdzający tożsamość	Numer dokumentu
Zawód wykonywany	Branża	
Szczegółowy zakres obowiązków służbowych		

I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu
Telefon ¹⁾		E-mail ¹⁾		

II. ADRES KORESPONDENCYJNY (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ WSKAZANY POWYŻEJ)

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu

CZĘŚĆ TRZECIA | DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI UBEZPIECZAJĄCY JEST INNĄ OSOBĄ NIŻ UBEZPIECZONY)

Imię i nazwisko/ Nazwa firmy		
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	PESEL/NIP	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Obywatelstwo	Dokument stwierdzający tożsamość	Numer dokumentu
Stopień pokrewieństwa		

I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu
Telefon ¹⁾		E-mail ¹⁾		

II. ADRES KORESPONDENCYJNY (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ WSKAZANY POWYŻEJ)

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu

CZĘŚĆ CZWARTA | DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (NALEŻY WYPEŁNIĆ, GDY UBEZPIECZONY JEST OSOBĄ MAŁOLETNIA, A PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY NIE JEST UBEZPIECZAJĄCYM)

Imię i nazwisko		
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	PESEL	Płeć <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Obywatelstwo	Dokument stwierdzający tożsamość	Numer dokumentu
Stopień pokrewieństwa		

I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu
Telefon ¹⁾		E-mail ¹⁾		

II. ADRES KORESPONDENCYJNY (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ WSKAZANY POWYŻEJ)

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu

¹⁾ Podanie telefonu oraz adresu email jest dobrowolne jednak brak ich podania uniemożliwia komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość.

CZĘŚĆ PIĄTA | BENEFICJENCI

I. BENEFICJENCI GŁÓWNI

Lp.	Imię i nazwisko Beneficjenta	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa	Procent [%]
1.		_____		
2.		_____		
3.		_____		
Suma				100%

II. BENEFICJENCI DODATKOWI | BENEFICJENCI DODATKOWI SĄ UPRAWNIENI DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO TYLKO I WYŁĄCZNIE W PRZYPADKU, GDY ŻADNEMU Z BENEFICJANTÓW GŁÓWNYCH NIE PRZYSŁUGUJE ŚWIADCZENIE LUB WSZYSCY BENEFICJENCI GŁÓWNI NIE ŻYJĄ

Lp.	Imię i nazwisko Beneficjenta	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa	Procent [%]
1.		_____		
2.		_____		
3.		_____		
Suma				100%

CZĘŚĆ SZÓSTA | SKŁADKA

Składka [zł]	Częstotliwość	<input type="checkbox"/> miesięczna	<input type="checkbox"/> kwartalna	<input type="checkbox"/> półroczna	<input type="checkbox"/> roczna
--------------	---------------	-------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

CZĘŚĆ SIÓDMA | DANE UWZGLĘDNIONE W KALKULACJI*

I. PLAN ZABEZPIECZENIA RODZINY

Osoba uwzględniona w kalkulacji	Czy uwzględniono?		Wiek osoby w chwili zawarcia umowy	Wiek, do którego osoba jest zabezpieczana	Miesięczne zabezpieczenie w razie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego	Miesięczne zabezpieczenie w razie zgonu Ubezpieczonego
	Tak	Nie				
Ubezpieczony	Tak					nie dotyczy
Osoba zabezpieczana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Osoba zabezpieczana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Osoba zabezpieczana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Osoba zabezpieczana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Osoba zabezpieczana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Wnioskowany okres ubezpieczenia i sumy ubezpieczenia w pierwszym roku ubezpieczenia**

Okres ubezpieczenia (w latach)	Suma ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w pierwszym roku ubezpieczenia [zł]	Renta miesięczna z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w pierwszym roku ubezpieczenia [zł]	Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w pierwszym roku ubezpieczenia [zł]

II. UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZGONU ORAZ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY (W TYM ZABEZPIECZENIA ZOBOWIĄZAŃ)

Wiek Ubezpieczonego	_____ lat/a	Na ile lat zawierane jest ubezpieczenie	_____ lat/a
Początkowe oprocentowanie kredytu	<input type="checkbox"/> 0-7% <input type="checkbox"/> 7-12% <input type="checkbox"/> 12-20%		
System spłaty raty	<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> malejące		
Karencja	<input type="checkbox"/> nie było lub do 12 miesięcy <input type="checkbox"/> 12-24 miesiące <input type="checkbox"/> 24-36 miesięcy		
Ubezpieczenie na wypadek zgonu	Początkowa suma ubezpieczenia [zł]**	_____	<input type="checkbox"/> Utrzymanie stałej sumy ubezpieczenia _____ lat/a
Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy	Renta miesięczna [zł]**	_____	<input type="checkbox"/> Suma ubezpieczenia nie mniejsza niż [zł] _____

* Części siódmej można nie wypełniać, jeżeli załącznikiem do wniosku będzie wydruk propozycji ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Pośrednika oraz oznaczony numerem seryjnym niniejszego wniosku.

** Sumy ubezpieczenia ulegają zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, a ich wysokości w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia wskazane są w propozycji Ubezpieczyciela stanowiącej załącznik do niniejszego wniosku.

Do wniosku załączony został wydruk propozycji ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Pośrednika oraz oznaczony numerem seryjnym niniejszego wniosku, który stanowi załącznik do niniejszego wniosku i zawiera wysokości sumy ubezpieczenia oraz świadczeń renty miesięcznej w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia.

CZĘŚĆ ÓSMA | DOCHODY UBEZPIECZONEGO

Roczne dochody netto w ostatnich 2 latach podatkowych.

Należy wypełnić, jeżeli suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub całkowitej niezdolności do pracy mieści się w przedziale 350.001 - 1.000.000 zł.

W przypadku, gdy:

- a) suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub całkowitej niezdolności do pracy przekracza wskazaną powyżej kwotę 1.000.000 zł,
 - b) suma ubezpieczenia z tytułu niezdolności do pracy przekracza kwotę 700.000 zł a roczny dochód Ubezpieczonego nie przekracza 30.000 zł netto,
- Należy wypełnić również kwestionariusz finansowy i/lub dołączyć PIT za ostatni okres rozliczeniowy.

Roczne dochody netto z pracy zawodowej	
Rok	Dochód netto

CZĘŚĆ DZIEWIĄTA | INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku odpowiedzi „tak” na którekolwiek z pytań wymienionych poniżej, należy podać szczegółowe informacje.

Wzrost		_____ cm		Waga		_____ kg	
Lp.	Czy do dnia, w którym składa Pan/i poniższe oświadczenie	Tak	Nie	Szczegóły			
1. W okresie ostatnich 10 lat chorował/a Pan/i lub obecnie choruje na:							
a.	Choroby serca lub układu krążenia - na przykład: chorobę wieńcową, zawał serca, wady serca, udar mózgu, nadciśnienie tętnicze, choroba naczyń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby? Występujące objawy?			
				Data diagnozy?			
				Następstwa, powikłania choroby?			
				Stosowane leczenie?			
b.	Choroby metaboliczne lub endokrynologiczne - na przykład: cukrzycę, hipercholesterolemię, choroby tarczycy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby? Występujące objawy?			
				Data diagnozy?			
				Następstwa, powikłania choroby?			
				Stosowane leczenie?			
c.	Raka, inną chorobę nowotworową, choroby krwi lub układu limfatycznego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby? Występujące objawy?			
				Data diagnozy?			
				Następstwa, powikłania choroby?			
				Stosowane leczenie?			
2. W okresie ostatnich 5 lat:							
a.	Przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 3 tygodnie (z wyłączeniem złamań, usunięcia wyrostka robaczkowego lub wycięcia migdałków)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy?			
				Z powodu jakiej choroby?			
b.	Był/a Pan/i hospitalizowany/a, był wykonywany zabieg operacyjny lub regularnie przyjmował/a Pan/i leki związane z chorobą: mięśni, kości (z wyjątkiem złamań), więzadeł, kończyn, kręgosłupa (np. zapalenie kości, zapalenie stawów, dyskopatia, następstwa wypadków)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy?			
				Z powodu jakiej choroby?			
c.	Był/a Pan/i hospitalizowany/a lub przyjmował/a leki w związku z chorobą układu nerwowego lub zaburzeniem psychicznym (na przykład: porażeniem, padaczką, napadem depresji, nerwicą, schizofrenią, chorobą alkoholową, próbą samobójczą, anoreksją)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kiedy?			
				Z powodu jakiej choroby?			
d.	Konsultował/a się Pan/i z lekarzem (w tym w ramach leczenia szpitalnego) w sprawie choroby układu oddechowego (w tym płuc lub oskrzeli), choroby układu pokarmowego (w tym wątroby, pęcherzyka żółciowego lub trzustki), choroby układu moczopłciowego (w tym nerek), choroby układu nerwowego lub zaburzeniem psychicznym, choroby uszu, oczu lub skóry lub wad wrodzonych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby?			
				Data diagnozy?			
				Następstwa, powikłania choroby?			
				Stosowane leczenie?			
3.	Regularnie przyjmuje Pan/i leki w związku z jakąś chorobą, w tym chorobą przewlekłą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa leku?			
				Częstość przyjmowania i dawki leku?			
				Nazwa choroby?			
				Od kiedy lek jest przyjmowany?			
4.	Zamierza Pan/i zasięgać porady lekarskiej, oczekuje Pan/i na wykonanie badań specjalistycznych lub zamierza poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu lub sanatoryjnemu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj planowanych badań/powód leczenia?			
5.	Regularnie spożywa Pan/i więcej niż 6 jednostek alkoholu dziennie (1 jednostka - na przykład: 0,3 l piwa, 125 ml wina lub 1 kieliszek wódki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ile?			
6.	Pali Pan/i tytoń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ile papierosów dziennie?			
7.	Przyjmował/a Pan/Pani lub obecnie przyjmuje narkotyki bez zalecenia lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rodzaj?			
				Dawki?			
				Od kiedy?			
8.	Jest Pan/i lub był/a częściowo lub całkowicie niezdolny/a do pracy (trwale lub okresowo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Od kiedy?			
				Z powodu jakiej choroby?			

Prosimy o dołączenie do wniosku kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zaznaczonych przez Pana/ią chorób, wykonywanych w związku z tymi schorzeniami kontrolnych badań oraz innych badań wykonywanych w przeszłości, które odbiegały od normy.

CZĘŚĆ DZIESIĄTA | DODATKOWE INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

		Tak	Nie
1.	Czy w ramach wykonywanych obowiązków służbowych wykonuje Pan/i czynności uznawane za niebezpieczne (na przykład: pilotowanie maszyn powietrznych, praca pod ziemią, praca na wysokości, praca z bronią palną, materiałami wybuchowymi lub radioaktywnymi, praca na platformach wydobywczych, wspinaczka wysokogórska, nurkowanie, sporty motorowe, praca w służbach specjalnych)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Rodzaj wykonywanych czynności?	
		W przypadku pracy na wysokości prosimy o podanie maksymalnej wysokości, na której Pan/i pracuje (w metrach)?	
2.	Czy planuje Pan/i wyjazd w rejony świata uznawane za niebezpieczne (na przykład: dżungle, pustynie, góry, tereny ogarnięte wojną lub zamieszkami) lub regularnie wyjeżdża w te rejony na okres dłuższy niż 1 miesiąc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Kiedy/jak często?	
		Gdzie (kraj/region)?	
3.	Czy uprawia Pan/i hobby lub sport uznawany za niebezpieczny (na przykład: nurkowanie, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty motorowe, pilotowanie maszyn powietrznych, spadochroniarstwo, żeglarstwo oceaniczne, sporty walki)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Nazwa sportu/hobby? Posiadane uprawnienia?	
		Częstość uprawiania sportu/hobby?	
		W przypadku uprawiania nurkowania prosimy o podanie:	
		a) rodzaju nurkowania	
		b) maksymalnej głębokości nurkowania	
		c) miejsc nurkowania (otwarte morze, zatoki, jeziora rzeki, jaskinie, sztolnie?)	
		W przypadku uprawiania wspinaczki wysokogórskiej prosimy o podanie:	
		a) maksymalnej wysokości wspinaczki	
		b) miejsc wspinaczki (nazwa gór)	
		Udział w zawodach? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
4.	Czy jest już Pan/i ubezpieczony/a w ramach innego ubezpieczenia na wypadek zgonu lub niezdolności do pracy na kwotę wyższą niż 350.000 zł lub wnioskujecie o objęcie taką ochroną w innym zakładzie ubezpieczeń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		W jakim Towarzystwie?	
		Na jaką kwotę?	
5.	Pana/i wniosek o ubezpieczenie na życie lub wniosek o ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy w innym zakładzie ubezpieczeń został odrzucony, odroczone lub zmieniono Panu/i warunki ubezpieczenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		W jakim Towarzystwie?	
		Z jakiego powodu?	

CZĘŚĆ JEDENASTA | LEKARZ

Prosimy o podanie danych lekarza oraz/lub placówki medycznej, z usług których Pan/i korzysta.

Dane lekarza	Od jak dawna korzysta Pan/i z usług wymienionego lekarza?	Dane placówki medycznej	Od jak dawna korzysta Pan/i z usług wymienionej placówki medycznej?

CZĘŚĆ DWUNASTA | KOMENTARZE (W PRZYPADKU BRAKU WOLNEGO MIEJSCA W ODPOWIEDNICH RUBRYKACH, PROSIMY O PODANIE DODATKOWYCH SZCZEGÓLÓW W PONIŻSZEJ RUBRYCE)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CZĘŚĆ TRZYNASTA | OŚWIADCZENIA

I. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie, w szczególności w części **Informacje o Ubezpieczonym i jego stanie zdrowia** są prawdziwe i kompletne oraz że zostały przekazane Sopotkiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, 81-731, ul. Hestii 1 (zwana dalej: „ERGO Hestia”) w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

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 zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej, jeżeli do wypadku doszło przed upływem lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie (art. 815 §3 i art. 834 kodeksu cywilnego).

Oświadczam, że otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia na podstawie których zawarta zostanie z ERGO Hestią umowa ubezpieczenia - zgodnie z niniejszym wnioskiem o ubezpieczenie na życie oraz że zapoznałem/am się z wyżej wskazanymi dokumentami i w pełni je akceptuję.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie oraz innych dokumentach przedłożonych ERGO Hestii w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem, stanowiły podstawę do zawarcia wnioskowanej umowy ubezpieczenia.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Jeżeli ERGO Hestia zaproponuje zmianę warunków ubezpieczenia w stosunku do złożonego wniosku o ubezpieczenie na życie, wyrażam zgodę na zmianę warunków ubezpieczenia zgodnie z dyspozycją złożoną przez Ubezpieczającego.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę, na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015r., poz. 1844, ze zm.), która to zgoda jest jednocześnie upoważnieniem, aby ERGO Hestia, mogła uzyskać, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzieliły mi świadczeń zdrowotnych informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, 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 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. Powyższa zgoda i upoważnienie są nieodwołalne.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015r., poz. 1844., ze zm.) przez ERGO Hestię od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Powyższa zgoda jest nieodwołalna i obowiązuje również po mojej śmierci.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
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 prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez ERGO Hestię informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
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 prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia ERGO Hestii posiadanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę, na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 1422ze zm.) na przesyłanie mi przez ERGO Hestię informacji handlowej dotyczącej umów ubezpieczenia oraz przesyłanie mi dokumentów związanych z zawieraniem umów ubezpieczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres tej poczty.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę i wnioskuję o doręczanie mi przez ERGO Hestię wszelkich dokumentów niezbędnych do objęcia ochroną i wykonywania umowy ubezpieczenia, o którą wnioskuję oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszeniem roszczeń i wypłatą świadczeń, jak też odpowiedzi na ewentualne reklamacje za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres tej poczty.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe przekazane ERGO Hestii, mogły być udostępnione Sopotkiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług).	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis*

* Gdy Ubezpieczonym jest osoba małoletnia, rubrykę wypełnia jej przedstawiciel ustawowy.

II. OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO (PODPIS NALEŻY ZŁOŻYĆ TAKŻE GDY UBEZPIECZAJĄCY JEST TĄ SAMĄ OSOBĄ CO UBEZPIECZONY)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie są prawdziwe i kompletne oraz że zostały przekazane Sopotkiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, 81-731, ul. Hestii 1 (zwana dalej: „ERGO Hestia”) w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

Oświadczam, że otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia, na podstawie których zawarta zostanie z ERGO Hestią umowa ubezpieczenia - zgodnie z niniejszym wnioskiem o ubezpieczenie na życie oraz że zapoznałem/am się z wyżej wskazanymi dokumentami i w pełni je akceptuję.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę, na podstawie art. 10 ust 2 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz.U. z 2013r., poz. 1422 ze zm.) na przesyłanie mi przez ERGO Hestię informacji handlowej dotyczącej umów ubezpieczenia oraz przesyłanie mi dokumentów związanych z zawieraniem umów ubezpieczenia za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres tej poczty.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Wyrażam zgodę i wnioskuję o doręczanie mi przez ERGO Hestię wszelkich dokumentów niezbędnych do zawierania i wykonywania umowy ubezpieczenia, o którą wnioskuję oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszeniem roszczeń i wypłatą świadczeń, jak też odpowiedzi na ewentualne reklamacje za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres tej poczty.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Jeżeli ERGO Hestia zaproponuje zmianę warunków ubezpieczenia w stosunku do złożonego wniosku o ubezpieczenie na życie proszę o:

pozostawienie składki ubezpieczeniowej na wnioskowanym poziomie i obniżenie sumy ubezpieczenia

podwyższenie składki ubezpieczeniowej i pozostawienie sum ubezpieczenia na wnioskowanym poziomie

Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe przekazane ERGO Hestii, mogły być udostępnione Sopotkiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług). (Nie wypełniać jeśli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.)

Tak Nie

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcia umowy ubezpieczenia.

Imię i nazwisko Ubezpieczającego	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis

III. POTWIERDZENIE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia wskazane w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie oraz składane przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zostały złożone przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego w mojej obecności, po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego oraz poprawności ich danych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości ze zdjęciem. Poinformowałem Ubezpieczającego o kosztach związanych z umową ubezpieczenia oraz przekazałem Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu Ogólne Warunki Ubezpieczenia.

Imię i nazwisko Pośrednika	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis

Wpłatę na poczet pierwszej składki należy dokonać na poniższe konto:

PEKAO Bank Pekao SA 85 1240 1053 1111 0010 3349 5816.

W tytule wpłaty należy koniecznie wpisać numer seryjny niniejszego wniosku o ubezpieczenie.