

POLISA NUMER

Typ ubezpieczenia		Program Ubezpieczeniowo-Oszczędnościowy „Eventus Duo”	
Ubezpieczony		Data urodzenia	
Ubezpieczający			
Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej		Długość okresu ubezpieczenia	
Rocznica polisy			
Częstotliwość opłacania składki		Składka - indeksowana na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia o przyjęty wskaźnik [w złotych]	
Wskaźnik indeksacji		Renta okresowa (gwarantowana) [w złotych/miesięcznie]	
Suma ubezpieczenia gwarantowanego na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia [w złotych]		Suma ubezpieczenia gwarantowanego na koniec okresu ubezpieczenia [w złotych]	

ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

Świadczenie	Poziom odpowiedzialności	Oplata
-------------	--------------------------	--------

KLAUZULE I POSTANOWIENIA STRON DODATKOWE LUB ODMIENNE

Aktualny na dzień wystawienia polisy nr rachunku bankowego, na który należy dokonywać wpłat z tytułu zawartej umowy:

BENEFICJENCI**Sopot, dnia:**

Niniejszy dokument wraz z załącznikiem zaświadcza o objęciu ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia na życie zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie Program Ubezpieczeniowo – Oszczędnościowy Eventus Duo (kod DUO 01/18) oraz na podstawie wniosku o ubezpieczenie nr z dnia r.



Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Detalicznych
Piotr Matysiak

ZAŁĄCZNIK DO POLISY NUMER Z DNIA R.

Program Ubezpieczeniowo-Oszczędnościowy „Eventus Duo”

GWARANTOWANE WYSOKOŚCI WSKAZANYCH PONIŻEJ ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z UBEZPIECZENIA GWARANTOWANEGO (WARTOŚCI NA DZIEŃ ROCZNICY POLISY Z UWZGLĘDNIENIEM WPŁYWU AUTOMATYCZNEJ INDEKSACJI SKŁADKI)

Rok okresu oszczędzania	Suma ubezpieczenia [w złotych]	Renta okresowa w razie rezygnacji z automatycznej indeksacji [miesięcznie, zł]	Suma ubezpieczenia w razie przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe [w złotych]	Wartość wykupu części gwarantowanej [w złotych]	Ekwiwalent sumy ubezpieczenia [w złotych]

1. W ramach ubezpieczenia gwarantowanego obowiązuje stopa techniczna w wysokości 1,76%.
2. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia regulują przepisy:
 - a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4, art. 24 ust. 15 i 15a, art. 30a ust. 1 pkt 5 i 5a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - b) w przypadku osób prawnych – art. 7b, art. 12, art. 18 i art. 19 ustawy z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych.Informujemy, że nabycie przez osoby fizyczne praw majątkowych wykonywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytułem spadku, stosownie do art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, podlega podatkowi od spadków i darowizn, w wysokości określonej w art. 14 i 15 tej ustawy, z zastrzeżeniem postanowień art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego.



Dyrektor Główny Underwriter
Andrzej Kowalewski

SOPOT,

sprawną obsługą naszych Klientów i ich zadowolenie z jakości usług świadczonych przez nasze Towarzystwo, jest naszym nadrzędnym celem.

Chciałbym uprzejmie poinformować o możliwości zlecenia bankowi, w którym swoje konto osobiste, stałej dyspozycji przekazywania składek bezpośrednio na konto naszego Towarzystwa.

Poniższa tabela zawiera niezbędne dane, konieczne do realizacji płatności składki.

Nazwa rachunku

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA

Numer rachunku odbiorcy

Bank odbiorcy

Pekao SA

Tytułem

Składka za polisę numer

Płatność

Płatność

(gr.)

Terminy wymagalności składki w kolejnym roku trwania polisy

Z wyrazami szacunku,



Dyrektor Główny Underwriter
Andrzej Kowalewski

POKWITOWANIE ODBIORU PAKIETU POLISOWEGO

Niniejszym potwierdzam otrzymanie pakietu polisowego Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, w skład którego wchodzi

1. Polisa Ubezpieczeniowa
2. Załącznik do polisy
3. Ogólne Warunki Ubezpieczenia
4. Pismo informujące o sposobie płatności
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Oświadczam, że przyjmuję i akceptuję warunki, na jakich zawarta została umowa ubezpieczenia potwierdzona polisą numer

PODPISY UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwisko i imię	Podpis	Miejscowość i data (DD.MM.RRRR)
-----------------	--------	---------------------------------

PODPIS POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

Nazwisko i imię	Podpis	Miejscowość i data (DD.MM.RRRR)
-----------------	--------	---------------------------------

PAKIET POWINIEN BYĆ DOSTARCZONY DO DNIA

Data: . .

Niniejsze pokwitowanie należy przekazać do Centrali Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA niezwłocznie po doręczeniu pakietu ubezpieczeniowego z polisą