

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

AGENT UBEZPIECZENIOWY	ERGO Pro Sp. z o.o.	NUMER AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO	C/07664/MA	NUMER WNIOSKU ERGO Pro	_____
Numer Przedstawicielstwa Agenta		<input type="checkbox"/> X-wniosek <input type="checkbox"/> Y-wniosek	Data (DD:MM:RRRR) _____		
_____ - _____ % _____ _____ - _____ % _____ _____ - _____ % _____ _____ - _____ % _____		Droga dotarcia do klienta numer Przedstawicielstwa Agenta _____ _____		Podpis Przedstawiciela Agenta*	
*Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia wskazane w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie oraz składane przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia zostały złożone przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego w mojej obecności, po zweryfikowaniu przez 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.					

I. DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko			
Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____	PESEL _____	Dokument stwierdzający tożsamość	<input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> inny dokument
Numer dokumentu	Obywatelstwo		
Miejsce urodzenia	Kraj urodzenia		
Zawód wykonywany	Branża		
Szczegółowy zakres obowiązków (prosimy o podanie wyczerpującego opisu wykonywanego zawodu i czynności, jakie podejmuje Pan/i w czasie wypełniania obowiązków służbowych)			

Adres stały zamieszkania	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod _____	Kraj	
Adres korespondencyjny	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod _____	Kraj	
Telefon ⁷⁾	E-mail ⁷⁾		

II. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI UBEZPIECZAJĄCY JEST INNĄ OSOBĄ NIŻ UBEZPIECZONY)

Imię i nazwisko /Nazwa firmy			
Data urodzenia (DD:MM:RRRR) _____	PESEL/NIP _____	Stopień pokrewieństwa	
Dokument stwierdzający tożsamość <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> inny dokument	Numer dokumentu	Obywatelstwo	
Miejsce urodzenia	Kraj urodzenia		
Powód ubezpieczenia			
Adres stały zamieszkania	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod _____	Kraj	
Adres korespondencyjny	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod _____	Kraj	
Telefon ⁷⁾	E-mail ⁷⁾		

III. BENEFICJENCI GŁÓWNI (PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS OD MAMY I TATY)

Lp.	Nazwisko i imię Beneficjenta	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa	Procent
1.				
2.				
3.				
				Suma 100%

IV. BENEFICJENCI DODATKOWI* (PROSIMY NIE WYPEŁNIAĆ, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS OD MAMY I TATY)

Lp.	Nazwisko i imię Beneficjenta	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa	Procent
1.				
2.				
3.				
				Suma 100%

** Świadczenie z tytułu śmierci jest należne, gdy nie przysługuje żadnemu z Beneficjentów głównych lub Beneficjenci ci nie żyją.

⁷⁾ Podanie telefonu oraz adresu email jest dobrowolne jednak brak podania uniemożliwia komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość.

V. UBEZPIECZENIE

Rodzaj ubezpieczenia

 EVENTUS DUO FORMUŁA HYBRYDOWA
 DUO PROTECT
 EVENTUS OD MAMY I TATY

EVENTUS DUO FORMUŁA HYBRYDOWA | UBEZPIECZENIE GWARANTOWANE ZAWARTE Z DODATKOWYM UBEZPIECZENIEM INWESTYCYJNYM

Inne ubezpieczenia dodatkowe	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> DKM ¹⁾	<input type="checkbox"/> DTI ²⁾	<input type="checkbox"/> DUS ³⁾	Wariant: <input type="checkbox"/> Podstawowy (DUS-p) <input type="checkbox"/> Rozszerzony (DUS-r)		
¹⁾ DKM - dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zgonu wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, ²⁾ DTI - dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, ³⁾ DUS - dodatkowe ubezpieczenie opłacania składki ubezpieczeniowej.							
Suma ubezpieczenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia [zł]							
Suma ubezpieczenia na koniec okresu oszczędzania (gwarantowana) [zł]							
Renta okresowa (gwarantowana, 20-letnia, miesięczna) [zł]							
Składka [zł]	Przy złożeniu wniosku dokonywana jest wpłata na poczet _____ składek.						
Częstotliwość	<input type="checkbox"/> miesięczna	<input type="checkbox"/> kwartalna	<input type="checkbox"/> półroczna	<input type="checkbox"/> roczna	Forma zapłaty <input type="checkbox"/> polecenie zapłaty <input type="checkbox"/> przelew		
Współczynnik automatycznej indeksacji składek	<input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5%						
DYSPOZYCJA ZAKUPU JEDNOSTEK UCZESTNICTWA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH DLA UBEZPIECZENIA EVENTUS DUO (WARTOŚCI Z DOKŁADNOŚCIĄ DO 5%)*							
Lp.	Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy	Alokacja składki		Lp.	Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy	Alokacja składki	
		Składek regularnych %	Składek dodatkowych %			Składek regularnych %	Składek dodatkowych %
1.	Fundusz Akcyjny Legg Mason ZA			6.	Strategia Akcyjna		
2.	Fundusz Dynamiczny Legg Mason ZA			7.	Strategia Zrównoważona		
3.	Fundusz Zrównoważony Legg Mason ZA			8.	Strategia Stabilnego Wzrostu		
4.	Fundusz Stabilnego Wzrostu Legg Mason ZA			9.	Strategia Obligacji		
5.	Fundusz Pieniężny Legg Mason ZA			10.			

* W przypadku, gdy suma udziałów nie jest równa 100% ERGO Hestia zwróci się do Ubezpieczającego o ponowne złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku.

Suma 100%

DUO PROTECT

Składka [zł] _____	Częstotliwość <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna	Forma zapłaty <input type="checkbox"/> polecenie zapłaty <input type="checkbox"/> przelew			
PLAN ZABEZPIECZENIA RODZINY*					
Dane uwzględnione 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
Osoba uwzględniona w kalkulacji	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]

UBEZPIECZENIE NA WYPADK 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] _____

* Można nie wypełniać, jeżeli załącznikiem do wniosku będzie wydruk propozycji ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Pośrednika oraz oznaczony numerem seryjnym niniejszego wniosku. Należy wypełnić dwa oddzielne wnioski w przypadku jednoczesnego wnioskowania o zawarcie ubezpieczenia z Planem zabezpieczenia rodziny i ubezpieczenia z Zabezpieczeniem zobowiązań.

** Sumy ubezpieczenia ulegają zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, a ich wysokości w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia wskazane są w polisie ubezpieczeniowej.

 Do wniosku załączony został wydruk propozycji ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Pośrednika oraz oznaczony numerem seryjnym niniejszego wniosku.

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 (RRRR) _____	Dochód netto [zł] _____	Rok (RRRR) _____
			Dochód netto [zł] _____

ORYGINAŁ EP/WN008/1705 str. 2/6

Skontaktuj się z nami:

www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

EVENTUS OD MAMY I TATY

Ubezpieczenia dodatkowe	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> MNW ³⁾	<input type="checkbox"/> MKM ²⁾	<input type="checkbox"/> MTI ³⁾	<input type="checkbox"/> MUS ⁴⁾	<input type="checkbox"/> MTD ⁵⁾ Wariant: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II
<small>¹⁾ MNW - dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku, ²⁾ MKM - dodatkowe ubezpieczenie na wypadek zgonu wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, ³⁾ MTI - dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku, ⁴⁾ MUS - dodatkowe ubezpieczenie opłacania składki ubezpieczeniowej na wypadek całkowitej niezdolności do pracy, ⁵⁾ MTD - dodatkowe ubezpieczenie Dziecka na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.</small>						
Suma ubezpieczenia [zł]	Okres opłacania składki [lata]		Składka [zł]			
Częstotliwość <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna		Forma zapłaty <input type="checkbox"/> polecenie zapłaty <input type="checkbox"/> przelew				
DANE DZIECKA (DOTYCZY PONIŻSZEJ UMOWY CESJI ORAZ DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA DZIECKA NA WYPADK TRWAŁEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU)						
Imię i nazwisko						
Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	PESEL		Dokument stwierdzający tożsamość <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> inny dokument			
Numer dokumentu			Obywatelstwo			
Adres stały zamieszkania	Ulica			Numer domu	Numer lokalu	
Miejscowość	Kod		Kraj			
Adres korespondencyjny	Ulica			Numer domu	Numer lokalu	
Miejscowość	Kod		Kraj			
Telefon ⁷⁾	E-mail ⁷⁾					
BENEFICJENT GŁÓWNY W UBEZPIECZENIU EVENTUS OD MAMY I TATY						
Nazwisko i imiona Dziecka [*]			Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa		Procent
						100%
<small>* Jeżeli beneficjentem głównym nie jest Dziecko, należy skreślić słowo Dziecko.</small>						
BENEFICJENCI DODATKOWI (ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI JEST NALEŻNE, GDY NIE PRZYSŁUGUJE BENEFICJENTOWI GŁÓWNEMU LUB BENEFICJENT GŁÓWNY NIE ŻYJE)						
Lp.	Nazwisko i imiona		Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Stopień pokrewieństwa		Procent
1.						
2.						
3.						
						100%
Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na zawarcie na swój rachunek dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.						
Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)				Podpis Dziecka [*]		
<small>* Gdy Dzieckiem jest osoba małoletnia, podpis składa jego przedstawiciel ustawowy.</small>						
UMOWA CESJI PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE Z UDZIAŁEM W ZYSKU EVENTUS OD MAMY I TATY						
Ubezpieczony (wskazany we wniosku o ubezpieczenie) przelewa na rzecz Dziecka (wskazanego we wniosku o ubezpieczenie) prawo do otrzymania świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu oszczędzania, wynikającego z umowy ubezpieczenia na życie Eventus od Mamy i Taty, która zostanie zawarta na podstawie wniosku ubezpieczeniowego numer:						
Ubezpieczony oświadcza, że jedynym uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu dożycia będzie Dziecko, którego dane wskazane są we wniosku o ubezpieczenie. Niniejsza umowa nie zwalnia Ubezpieczającego z jakiegokolwiek obowiązku określonego w umowie ubezpieczenia, w szczególności Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składek ubezpieczeniowych. W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową stosuje się przepisy kodeksu cywilnego.						
Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)			Podpis Ubezpieczonego		Podpis Dziecka [*]	
<small>* Gdy Dzieckiem jest osoba małoletnia, podpis składa jego przedstawiciel ustawowy.</small>						

⁷⁾ Podanie telefonu oraz adresu email jest dobrowolne jednak brak ich podania uniemożliwia komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość.

VI. INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA

Informacje dodatkowe

Wzrost [cm] _____	Waga [kg] _____	Zmiana wagi w ostatnim roku [+/-] _____	Tak	Nie
1.	Czy jest już Pan/Pani ubezpieczony/a w ramach innego ubezpieczenia na wypadek zgonu lub niezdolności do pracy na kwotę wyższą niż 350.000 zł lub obecnie występuje o takie ubezpieczenie? Jeżeli „Tak” - w jakim Towarzystwie/na jaką sumę ubezpieczenia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy Pana/Pani wniosek o ubezpieczenie na życie lub wniosek o ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy w innym zakładzie ubezpieczeń został odrzucony, odroczone lub zmieniono Panu/Pani warunki ubezpieczenia? Jeżeli „Tak” - w jakim Towarzystwie/z jakiego powodu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy w ramach wykonywanych obowiązków służbowych wykonuje Pan/Pani 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)? Jeżeli „Tak” - jakie są to czynności? W przypadku pracy na wysokości prosimy o podanie maksymalnej wysokości, na której Pan/Pani pracuje (w metrach).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Czy planuje Pan/Pani wyjazd lub regularnie wyjeżdża na okres dłuższy niż 1 miesiąc w rejon świata uznawane za niebezpieczne (na przykład: dżungle, pustynie, góry, tereny ogarnięte wojną lub zamieszkami)? Jeżeli „Tak” - kiedy/jak często/gdzie (państwo/region)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Czy uprawia Pan/Pani hobby lub sport uznawany za niebezpieczny (np. nurkowanie, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty motorowe, pilotowanie maszyn powietrznych, spadochroniarstwo, żeglarstwo oceaniczne, sporty walki)? Jeżeli „Tak” - nazwa sportu (hobby)/posiadane uprawnienia/częstość uprawiania/udział w zawodach? W przypadku uprawiania nurkowania prosimy o podanie: a) maksymalnej głębokości nurkowania, b) 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).		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Czy jest Pan/Pani lub był/a częściowo lub całkowicie niezdolny/a do pracy (trwale lub okresowo) lub starał/a się o uzyskanie takiej niezdolności? Jeżeli „Tak” - kiedy/z jakiego powodu?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy spożywa Pan/Pani alkohol? Jeżeli „Tak” - ile i jakiego alkoholu tygodniowo (przy założeniu: 1 jednostka - na przykład: 0,3 l piwa, 125 ml wina lub 1 kieliszek wódki)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Czy pali Pan/Pani tytoń? Jeżeli „Tak” - ile papierosów dziennie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Czy w okresie ostatnich 5 lat przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 3 tygodnie (z wyłączeniem złamań, usunięcia wyrostka robaczkowego lub wycięcia migdałków)? Jeżeli „Tak” - kiedy/z powodu jakiej choroby?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Czy w okresie ostatnich 5 lat był/a Pan/Pani hospitalizowany/a, był wykonywany zabieg operacyjny lub regularnie przyjmował/a Pan/Pani leki związane z chorobą: mięśni, kości (z wyjątkiem złamań), więzadeł, kończyn, kręgosłupa (np. zapalenie stawów, dyskopatia, następstwa wypadków)? Jeżeli „Tak” - kiedy/z powodu jakiej choroby?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Czy w okresie ostatnich 5 lat był/a Pan/Pani 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)? Jeżeli „Tak” - kiedy/z powodu jakiej choroby?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Czy obecnie przyjmuje Pan/Pani jakieś leki? Jeżeli „Tak” - nazwa leku/nazwa choroby/częstość przyjmowania i dawki leku/powód przyjmowania/od kiedy lek jest przyjmowany?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Czy oczekuje Pan/Pani na wykonanie badań specjalistycznych lub zamierza poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu lub sanatoryjnemu? Jeżeli „Tak” - rodzaj planowanych badań/powód leczenia?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Czy przyjmuje Pan/Pani lub kiedykolwiek przyjmował/a narkotyki bez zalecenia lekarza? Jeżeli „Tak” - rodzaj narkotyku/dawki narkotyku/data zaprzestania?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy do dnia, w którym składa Pan/Pani poniższe oświadczenie - w okresie ostatnich 10 lat - występowały lub obecnie występują u Pana/Pani dolegliwości ze strony wymienionych układów bądź chorobał/choroba Pan/Pani lub obecnie choruje na wymienione poniżej choroby? Jeżeli „Tak” - prosimy podać nazwę choroby/występujące objawy/data diagnozy/następstwa (powikłania)/stosowane leczenie?

15.	Chorobę wieńcową, zawał serca, wady serca, zapalenie mięśnia sercowego, dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, duszność napadową, udar mózgu, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, choroby naczyń lub inne dolegliwości bądź choroby związane z układem krążenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Astrmę oskrzelową, przewlekłe zapalenie oskrzeli, gruźlicę płuc, sarkoidozę płuc, rozedmę płuc, zapalenie płuc bądź inne choroby lub dolegliwości związane z układem oddechowym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	Chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy, zapalenie wątroby, trzustki lub pęcherzyka żółciowego, przewlekłe zapalenie jelit, zgaę, niestrawność, biegunki bądź inne choroby lub dolegliwości związane z układem pokarmowym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Cukrzycę, hipercholesterolemię, dnę moczanową bądź inne choroby lub dolegliwości związane z układem endokrynologicznym (np. tarczycę, przysadkę mózgową, nadnerczami) lub zaburzeniami metabolicznymi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Kamice nerkową, zapalenie nerek, przerost gruczołu krokowego, schorzenia ginekologiczne, choroby sutka bądź inne choroby lub dolegliwości związane z układem moczowo-płciowym?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Raka, inne choroby nowotworowe lub choroby krwi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Nawracające gorączki o nieznanej etiologii, niewyjaśniona utrata wagi, osłabienie, trudności w oddychaniu lub chodzeniu, pojawienie się zmian skórnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Choroby zakaźne, w tym choroby przenoszone drogą płciową, zakażenie wirusem HIV, chorobę AIDS i pochodne, bądź inne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Choroby uszu, oczu, zaburzenia słuchu lub wzroku (w tym wady wzroku)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Inne dolegliwości lub choroby, które nie zostały wymienione powyżej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prosimy o dołączenie do wniosku kopii dokumentacji medycznej dotyczącej zaznaczonych przez Pana/Panią chorób, wykonywanych w związku z tymi schorzeniami kontrolnych badań oraz innych badań wykonywanych w przeszłości, które odbiegały od normy. W przypadku udzielenia odpowiedzi „Tak” prosimy o podanie szczegółów poniżej:

* W przypadku braku miejsca na udzielenie odpowiedzi, prosimy o podanie szczegółów na odrębnej kartce podpisanej przez Ubezpieczonego i dołączonej do niniejszego wniosku

Czy ubezpieczony został skierowany na badania lekarskie? (wypełnia Przedstawiciel Agenta) Tak Nie

VII. LEKARZ

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

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

VIII. DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO (GDY UBEZPIECZONY JEST OSOBA MAŁOLETNIA, A PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY NIE JEST UBEZPIECZAJĄCYM)

Imię i nazwisko		Data urodzenia (DD-MM-RRRR) _____	
PESEL _____		NIP _____	
Dokument stwierdzający tożsamość <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> inny dokument		Numer dokumentu	
Adres stały zamieszkania		Numer domu	Numer lokalu
Ulica		Kraj	
Miejscowość		Kod _____ - _____	Kraj
Adres korespondencyjny		Numer domu	Numer lokalu
Ulica		Kraj	
Miejscowość		Kod _____ - _____	Kraj
Telefon ¹⁾		E-mail ¹⁾	

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

IX. OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZONEGO (DOTYCZY RÓWNIEŻ PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZONY JEST JEDNOCZEŚNIE UBEZPIECZAJĄCYM)

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 Sopockiemu 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 dokumentem i w pełni go akceptuję. Tak 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. Tak 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. Tak 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 udzielały 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 wysokością 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 badań diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach, wynikach przeprowadzonych konsultacji, przyczynie śmierci. Powyższa zgoda i upoważnienie są nieodwołalne. Tak 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 udzielił 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. Tak 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. Tak 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. Tak Nie

Wyrażam zgodę, na podstawie art. 10 ust. 2 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług elektronicznej (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. Tak 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. Tak Nie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO
Oświadczam, że otrzymałem/am Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, Strategie Inwestycyjne Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Tabelę opłat i limitów, na podstawie których zawarta zostanie z ERGO Hestią umowa ubezpieczenia - zgodnie z niniejszym wnioskiem o ubezpieczenie na życie i jego załącznikami oraz, że zapoznałem/am się z wyżej wskazanymi dokumentami i w pełni je akceptuję. Tak Nie
Oświadczam, że otrzymałem/am również Kartę produktu oraz podstawowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz egzemplarz Ankiety adekwatności.

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO LUB EVENTUS OD MAMY I TATY*
Oświadczam, że jestem rezydentem Stanów Zjednoczonych dla celów podatkowych.** Tak Nie

O rezydencji Stanów Zjednoczonych dla celów podatkowych mogą świadczyć: obywatelstwo amerykańskie, miejsce zamieszkania lub stałego pobytu w Stanach Zjednoczonych, miejsce urodzenia w Stanach Zjednoczonych, posiadanie Zielonej Karty, podleganie prawu podatkowemu Stanów Zjednoczonych z jakichkolwiek innych względów.

W przypadku wątpliwości dotyczących odpowiedzi, rekomendujemy naszym Klientom zasięgnięcie profesjonalnej porady prawnej i podatkowej.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej, prosimy o podanie numeru TIN (amerykański numer podatkowy): (20 znaków)

W przypadku zmiany statusu podatkowego wskazanego powyżej zobowiązuję się powiadomić ERGO Hestię o tym fakcie w terminie 30 dni kalendarzowych.

Oświadczam, że posiadam następujące rezydencje podatkowe (nie dotyczy Stanów Zjednoczonych):**

A. Polska Tak Nie B. Inne kraje rezydencji podatkowej Tak Nie

W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt. B. prosimy podać kraje rezydencji podatkowej oraz numery identyfikacji podatkowej w poszczególnych krajach.

Kraj rezydencji podatkowej CRS: TIN (Numer Identyfikacji Podatkowej) (20 znaków) Kraj rezydencji nie nadaje TIN
 Kraj rezydencji podatkowej CRS: TIN (Numer Identyfikacji Podatkowej) (20 znaków) Kraj rezydencji nie nadaje TIN
 Kraj rezydencji podatkowej CRS: TIN (Numer Identyfikacji Podatkowej) (20 znaków) Kraj rezydencji nie nadaje TIN

W przypadku zmiany statusu podatkowego wskazanego powyżej zobowiązuję się powiadomić ERGO Hestię o tym fakcie w terminie 30 dni kalendarzowych.

Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe przekazane ERGO Hestii, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług). Tak Nie

Nazwisko i imię Ubezpieczonego	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Ubezpieczonego/Przedstawiciela Ustawowego

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

** Oświadczenie to jest wymagane, aby Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (dalej ERGO Hestia) mogło wypełnić obowiązek wymiany informacji podatkowej ze Stanami Zjednoczonymi wynikający z ustawy z dnia 09.10.2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (Dz.U. 2015 r. poz. 1712).

*** Oświadczenie to jest wymagane, aby ERGO Hestia mogła wypełnić obowiązki wynikające z ustawy z dnia 09.03.2017 r. o wymianie informacji podatkowej z innymi państwami (Dz.U. 2017 r. poz. 648)

ERGO Hestia informuje, że jest administratorem Pani/Pana danych osobowych¹⁾, pobranych dobrowolnie, które będą przez nas przetwarzane w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do Stanów Zjednoczonych oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów²⁾ oraz przekazywanych przez Panią/Pana obligatoryjnie³⁾ w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do innych państw oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów⁴⁾. Jednocześnie informujemy, że posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

¹⁾ zgodnie z art. 24 ust 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016 poz. 922 t.j. z późn. zmianami),

²⁾ zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 09.10.2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (Dz.U. 2015 r. poz. 1712),

³⁾ na podstawie art. 43 ustawy z dnia 09.03.2017 o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (Dz.U. 2017 r. poz. 648),

⁴⁾ zgodnie z art.27 ustawy z dnia 09.03.2017 o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (Dz.U. 2017 r. poz. 648).

OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ 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 Sopockiemu 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.

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. Tak 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. Tak Nie

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 wskazanym dokumentem, i w pełni go akceptuję. Tak 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

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO

Czy pośrednik poinformował Pana/Panią o warunkach umowy, w tym o charakterze ubezpieczenia, zasadach wypłaty świadczeń i kosztach? Tak Nie

Czy jest Pan/Pani świadoma/y, że ubezpieczenie wymaga podejmowania samodzielnych decyzji co do sposobu inwestowania składki, a lokowanie środków w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych wiąże się z ryzykiem utraty części, a nawet całości wartości zainwestowanego kapitału? Tak Nie

Oświadczam, iż chcę korzystać z usług świadczonych drogą elektroniczną przez ERGO Hestię, o których mowa w „Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną przez STUnŻ ERGO Hestia SA, w zakresie umów z Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi” (dalej: „Regulamin IRJU”), otrzymałem/am tekst Regulaminu IRJU, zapoznałem/am się z jego treścią i w pełni akceptuję warunki w nim zawarte. Tak Nie

Oświadczam, że otrzymałem/am Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, Strategie Inwestycyjne Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Tabelę opłat i limitów, na podstawie których zawarta zostanie z ERGO Hestią umowa ubezpieczenia - zgodnie z niniejszym wnioskiem o ubezpieczenie na życie i jego załącznikami oraz, że zapoznałem/am się z wyżej wskazanymi dokumentami i w pełni je akceptuję. Tak Nie

Oświadczam, że otrzymałem/am również Kartę produktu oraz podstawowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz egzemplarz Ankiety adekwatności. Tak Nie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO LUB EVENTUS OD MAMY I TATY

(Nie wypełniać jeśli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym. Należy wypełnić jedynie w sytuacji, gdy ubezpieczającym jest osoba fizyczna, osoba prowadząca działalność gospodarczą, osoba fizyczna wykonująca wolny zawód oraz osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej). Tak Nie

Oświadczam, że jestem rezydentem Stanów Zjednoczonych dla celów podatkowych.**

O rezydencji Stanów Zjednoczonych dla celów podatkowych mogą świadczyć: obywatelstwo amerykańskie, miejsce zamieszkania lub stałego pobytu w Stanach Zjednoczonych, miejsce urodzenia w Stanach Zjednoczonych, posiadanie Zielonej Karty, podleganie prawu podatkowemu Stanów Zjednoczonych z jakichkolwiek innych względów.

W przypadku wątpliwości dotyczących odpowiedzi, rekomendujemy naszym Klientom zasięgnięcie profesjonalnej porady prawnej i podatkowej.

W przypadku odpowiedzi twierdzącej, prosimy o podanie numeru TIN (amerykański numer podatkowy): (20 znaków)

W przypadku zmiany statusu podatkowego wskazanego powyżej zobowiązuję się powiadomić ERGO Hestię o tym fakcie w terminie 30 dni kalendarzowych.

Oświadczam, że posiadam następujące rezydencje podatkowe (nie dotyczy Stanów Zjednoczonych):** (Nie wypełniać jeśli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym. Należy wypełnić jedynie w sytuacji, gdy ubezpieczającym jest osoba fizyczna, osoba prowadząca działalność gospodarczą, osoba fizyczna wykonująca wolny zawód oraz osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej).

A. Polska Tak Nie B. Inne kraje rezydencji podatkowej Tak Nie

W przypadku odpowiedzi twierdzącej w pkt. B. prosimy podać kraje rezydencji podatkowej oraz numery identyfikacji podatkowej w poszczególnych krajach.

<input type="checkbox"/> Kraj rezydencji podatkowej CRS:	TIN (Numer Identyfikacji Podatkowej)	(20 znaków)	<input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje TIN
<input type="checkbox"/> Kraj rezydencji podatkowej CRS:	TIN (Numer Identyfikacji Podatkowej)	(20 znaków)	<input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje TIN
<input type="checkbox"/> Kraj rezydencji podatkowej CRS:	TIN (Numer Identyfikacji Podatkowej)	(20 znaków)	<input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje TIN

W przypadku zmiany statusu podatkowego wskazanego powyżej zobowiązuję się powiadomić ERGO Hestię o tym fakcie w terminie 30 dni kalendarzowych.

Wyrażam zgodę, by moje dane osobowe przekazane ERGO Hestii, mogły być udostępnione Sopockiemu 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

Nazwisko i imię Ubezpieczającego	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Ubezpieczającego

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

** Oświadczenie to jest wymagane, aby Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (dalej ERGO Hestia) mogło wypełnić obowiązek wymiany informacji podatkowej ze Stanami Zjednoczonymi wynikający z ustawy z dnia 09.10.2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (Dz.U. 2015 r. poz. 1712).

*** Oświadczenie to jest wymagane, aby ERGO Hestia mogła wypełnić obowiązki wynikające z ustawy z dnia 09.03.2017 r. o wymianie informacji podatkowej z innymi państwami (Dz.U. 2017 r. poz. 648)

ERGO Hestia informuje, że jest administratorem Pani/Pana danych osobowych¹⁾, pobranych dobrowolnie, które będą przez nas przetwarzane w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do Stanów Zjednoczonych oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów²⁾ oraz przekazywanych przez Panią/Pana obligatoryjnie³⁾ w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do innych państw oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów⁴⁾. Jednocześnie informujemy, że posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

¹⁾ zgodnie z art. 24 ust 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2016 poz. 922 t.j. z późn. zmianami),

²⁾ zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 09.10.2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA (Dz.U. 2015 r. poz. 1712),

³⁾ na podstawie art. 43 ustawy z dnia 09.03.2017 o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (Dz.U. 2017 r. poz. 648),

⁴⁾ zgodnie z art.27 ustawy z dnia 09.03.2017 o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (Dz.U. 2017 r. poz. 648).

Niniejszym wyrażam zgodę

Nazwa i adres odbiorcy	Identyfikator odbiorcy
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot	5 8 5 1 2 4 5 5 8 9

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z moich zobowiązań w umownych terminach zapłaty.

NAZWA I DOKŁADNY ADRES UBEZPIECZAJĄCEGO/PŁATNIKA

Nazwa	
Kod pocztowy	Pocztą
Ulica	Numer domu
	Numer lokalu
Numer rachunku bankowego Ubezpieczającego/Płatnika	
Numer wniosku/polisy (wypełnia Ubezpieczający)	Identyfikator płatności (wypełnia STUnŻ ERGO Hestia)

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu moich zobowiązań wobec ww. odbiorcy. Cofnięcie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Ubezpieczającego/Płatnika - posiadacza rachunku bankowego
-------------	-------------------	--

Niniejszym wyrażam zgodę

Nazwa i adres odbiorcy	Identyfikator odbiorcy
Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot	5 8 5 1 2 4 5 5 8 9

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z moich zobowiązań w umownych terminach zapłaty.

NAZWA I DOKŁADNY ADRES UBEZPIECZAJĄCEGO/PŁATNIKA

Nazwa	
Kod pocztowy	Pocztą
Ulica	Numer domu
	Numer lokalu
Numer rachunku bankowego Ubezpieczającego/Płatnika	
Numer wniosku/polisy (wypełnia Ubezpieczający)	Identyfikator płatności (wypełnia STUnŻ ERGO Hestia)

Niniejszy dokument stanowi jednocześnie zgodę dla wskazanego powyżej banku na obciążanie mojego rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty z tytułu moich zobowiązań wobec ww. odbiorcy. Cofnięcie zgody wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Ubezpieczającego/Płatnika - posiadacza rachunku bankowego
-------------	-------------------	--

Dowód / pokwitowanie dla zleceniodawcy

nr rachunku odbiorcy	85 1240 1053 1111 0010 3349 5816
odbiorca	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA
kwota	
zleceniodawca	



Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA PEKAO Bank Pekao SA		
numer rachunku odbiorcy	85 1240 1053 1111 0010 3349 5816		
	ERGO HESTIA	W P	PLN
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	kwota		
nazwa zleceniodawcy			
nazwa zleceniodawcy cd.			
tytułem	Składka - wniosek nr:		
tytułem cd.			

odcinek dla banku / poczty

data, pieczęć, podpis(y) zleceniodawcy	Oplata:
--	---------

