



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		E-mail		

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		E-mail		

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		E-mail		

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

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu

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. ZABEZPIECZENIE ZOBOWIĄZAŃ***

Wiek Ubezpieczonego	____ lat/a	Ile lat pozostało do spłacenia kredytu	____ 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	Kwota zobowiązania na dziś [zł]**		
Ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy	Kwota miesięcznej raty kredytu [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 polisie ubezpieczeniowej.

*** Należy wypełnić dwa oddzielne wnioski w przypadku jednoczesnego zawarcia ubezpieczenia z Planem zabezpieczenia rodziny i ubezpieczenia z Zabezpieczeniem zobowiązań.

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

CZĘŚĆ ÓSMA | DOCHODY UBEZPIECZONEGO

Roczne dochody netto w ostatnich 2 latach podatkowych.

Należy wypełnić, jeżeli:

- a) suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego mieści się w przedziale 350.001 zł - 1.000.000 zł,
- b) suma ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy mieści się w przedziale 350.001 zł - 700.000 zł i roczny dochód nie przekracza 30.000 zł netto,
- c) suma ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności do pracy mieści się w przedziale 700.001 zł - 1.000.000 zł i roczny dochód przekracza 30.000 zł netto.

W pozostałych przypadkach należy wypełnić kwestionariusz finansowy i/lub dołączyć PIT za ostatni okres rozliczeniowy.

Roczne dochody netto z pracy zawodowej	
Rok	Dochód netto

CZĘŚĆ DZIEWIĄTA | INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Nazwa choroby? Występujące objawy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Data diagnozy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Następstwa, powikłania choroby?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Stosowane leczenie?</td></tr> </table>	Nazwa choroby? Występujące objawy?	Data diagnozy?	Następstwa, powikłania choroby?	Stosowane leczenie?
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Nazwa choroby? Występujące objawy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Data diagnozy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Następstwa, powikłania choroby?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Stosowane leczenie?</td></tr> </table>	Nazwa choroby? Występujące objawy?	Data diagnozy?	Następstwa, powikłania choroby?	Stosowane leczenie?
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Nazwa choroby? Występujące objawy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Data diagnozy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Następstwa, powikłania choroby?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Stosowane leczenie?</td></tr> </table>	Nazwa choroby? Występujące objawy?	Data diagnozy?	Następstwa, powikłania choroby?	Stosowane leczenie?
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Kiedy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Z powodu jakiej choroby?</td></tr> </table>	Kiedy?	Z powodu jakiej choroby?		
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Kiedy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Z powodu jakiej choroby?</td></tr> </table>	Kiedy?	Z powodu jakiej choroby?		
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Kiedy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Z powodu jakiej choroby?</td></tr> </table>	Kiedy?	Z powodu jakiej choroby?		
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Nazwa choroby?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Data diagnozy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Następstwa, powikłania choroby?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Stosowane leczenie?</td></tr> </table>	Nazwa choroby?	Data diagnozy?	Następstwa, powikłania choroby?	Stosowane leczenie?
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Nazwa leku?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Częstość przyjmowania i dawki leku?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nazwa choroby?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Od kiedy lek jest przyjmowany?</td></tr> </table>	Nazwa leku?	Częstość przyjmowania i dawki leku?	Nazwa choroby?	Od kiedy lek jest przyjmowany?
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Rodzaj planowanych badań/powód leczenia?</td></tr> </table>	Rodzaj planowanych badań/powód leczenia?			
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Ile?</td></tr> </table>	Ile?			
Ile?								
6.	Pali Pan/i tytoń?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Ile papierosów dziennie?</td></tr> </table>	Ile papierosów dziennie?			
Ile papierosów dziennie?								
7.	Przyjmował/a Pan/Pani lub obecnie przyjmuje narkotyki bez zalecenia lekarza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Rodzaj?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Dawki?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Od kiedy?</td></tr> </table>	Rodzaj?	Dawki?	Od kiedy?	
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"/>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Od kiedy?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Z powodu jakiej choroby?</td></tr> </table>	Od kiedy?	Z powodu jakiej choroby?		
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 wnioskuje 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, odroczony 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 SZCZEGÓŁÓW 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 są prawdziwe i kompletne oraz że zostały przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (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 oraz że zapoznałem/am się z ww. dokumentem i w pełni go akceptuję. Tak Nie

Wyrażam zgodę na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie (również po mojej śmierci) przez ERGO Hestię od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą który udzielił mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarstwa, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia ERGO Hestii SA wszystkich informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem praw do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Zakres informacji obejmuje 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 jest nieodwołalna i skuteczna w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawieranych i zawartych przeze mnie z ERGO Hestią.

Wyrażam zgodę, 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) 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.

Wyrażam zgodę na:

- przekazywanie przez ERGO Hestię informacji na temat mojej osoby każdemu innemu zakładowi ubezpieczeń – w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości,
- przetwarzanie przez ERGO Hestię moich danych osobowych o stanie zdrowia podanych przeze mnie w kwestionariuszu medycznym oraz uzyskanych przez ERGO Hestię - dla celów zawarcia przeze mnie bądź na mój rachunek umowy ubezpieczenia - w zakresie niezbędnym do dokonania przez ERGO Hestię oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do prawidłowego wykonania umowy ubezpieczenia.
- na zasięgnięcie przez ERGO Hestię informacji na temat mojej osoby w każdym innym zakładzie ubezpieczeń, w którym jestem, byłem(am) lub będę ubezpieczony/a bądź występowałem/am, występuję lub będę występował/a o ubezpieczenie.

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszym wniosku o ubezpieczenie oraz innych dokumentach przedłożonych ERGO Hestii w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem, stanowiły podstawę do zawarcia wnioskowanej umowy ubezpieczenia na życie.

Wyrażam zgodę i wnioskuję o doręczanie mi przez ERGO Hestię wszelkich dokumentów niezbędnych do wykonywania i zawierania umów ubezpieczenia oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszeniem i likwidacją roszczeń, jak też odpowiedzi na ewentualne reklamacje za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres tej poczty.

Oświadczam, że 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 oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej, pod adresem: www.ergohestia.pl, do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług). Tak 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 Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (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 oraz że zapoznałem/am się z ww. dokumentem i w pełni go akceptuję. Tak Nie

Wyrażam zgodę i wnioskuję o doręczanie mi przez ERGO Hestię wszelkich dokumentów niezbędnych do wykonywania i zawierania umów ubezpieczenia oraz wszelkiej korespondencji związanej ze zgłoszeniem i likwidacją roszczeń, jak też odpowiedzi na ewentualne reklamacje za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres tej poczty.

W przypadku konieczności zmiany warunków ubezpieczenia proszę o:

- pozostawienie składki ubezpieczeniowej na wnioskowanym poziomie i obniżenie sumy ubezpieczenia
- podwyższenie składki ubezpieczeniowej i pozostawienie sum ubezpieczenia na wnioskowanym poziomie

Oświadczam, że 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 oraz podmiotom wymienionym na stronie internetowej, pod adresem: www.ergohestia.pl, do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług). 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 zawarcie umowy ubezpieczenia na życie zostały złożone przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w mojej obecności, po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz poprawności ich danych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości ze zdjęciem.

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.