

Polisa 910AN0000000 ORYGINAŁ

**Ubezpieczenie na wypadek wystąpienia nowotworu złośliwego**

:Warunki Ubezpieczenia (WU): „Warunki ubezpieczenia na wypadek wystąpienia nowotworu złośliwego (kod AN 01/16)”

**OKRES UBEZPIECZENIA:** od XXXXXX do XXXXXX

Rodzaje Zdarzeń Ubezpieczeniowych oraz wysokość sum ubezpieczenia określa poniższa tabela:

Lp.	Symbol	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia [w PLN]
1.	B12-00	Nowotwór złośliwy: - diagnoza choroby nowotworowej - operacja w następstwie choroby nowotworowej	20 000,00 2 000,00
2.	B10-07	Pobyt w szpitalu (dziennie świadczenie szpitalne)	6 000,00
3.	S45-11	Assistance	3 000,00

**SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA:** XXX PLN**FORMA PŁATNOŚCI:** Jednorazowa płatne do XXXXXX**NUMER RACHUNKU BANKOWEGO AON POLSKA SERVICES:** XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**UBEZPIECZAJĄCY/UBEZPIECZONY** (Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym):**Imię i nazwisko:** XXX XXX  
**PESEL lub nr dokumentu tożsamości:** PESEL: XXXXXXXXXXXX  
**Dane kontaktowe:** ul.XXX, 00-000 XXX  
mail: XX@XX**OŚWIADCZENIA**

:Oświadczam Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A. (zwanemu dalej również „Ubezpieczycielem”), że:

- 1) przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia doręczono mi tekst WU, na podstawie których zawierana jest z Ubezpieczycielem Umowa Ubezpieczenia - potwierdzona niniejszą polisą, jak również w pełni akceptuję zapisy w nich zawarte, w tym zakres udzielanej mi ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wysokość Sumy Ubezpieczenia, wysokość Świadczeń ubezpieczeniowych i zasady ich wypłat,
- 2) zostałam/em poinformowana/y o możliwości odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia,
- 3) przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U.2014.1182 j.t.) Ubezpieczyciel jest administratorem moich danych osobowych, podanych przeze mnie w niniejszej polisie dobrowolnie, które będą przez Ubezpieczyciela przetwarzane w celu wywiązania się z zawartej Umowy Ubezpieczenia,
- 4) zostałam/em poinformowana/y, że służy mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane, wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody,
- 5) Udzielam Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA zgody na doręczanie mi przez tego Ubezpieczyciela - z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość: telefon, strony internetowe - wszelkich dokumentów, oświadczeń czy innej, bieżącej korespondencji w związku z wykonywaniem i obsługą zawartych przeze mnie z tym Ubezpieczycielem Umów Ubezpieczenia.

**Empower Results®**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej polisie są prawdziwe i kompletne oraz zostały przekazane Ubezpieczycielowi w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą. Wszelkie wyrażenia użyte w niniejszej polisie przyjmują znaczenie nadane im w Warunkach Ubezpieczenia.

Sopot, XXXXXX

Miejsce, data zawarcia umowy ubezpieczenia

**DANE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO**

Numer 11125945/A, Aon Polska Services Sp. z o. o.

OS/POL01/1601

.....  
Podpis Agenta