

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DUO BENEFIT  
FORMUŁA HYBRYDOWA

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
Miejsce urodzenia	Kraj urodzenia	Dokument stwierdzający tożsamość <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> inny dokument	Numer dokumentu
Zawód wykonywany	Branża		
Szczegółowy zakres obowiązków służbowych			

## I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu
Telefon <sup>7</sup>		E-mail <sup>7</sup>		

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

## I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu
Telefon <sup>7</sup>		E-mail <sup>7</sup>		

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

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica			Numer domu	Numer lokalu

## CZĘŚĆ CZWARTA | DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

<b>Duo Benefit Formuła Hybrydowa</b> Ubezpieczenie gwarantowane zawarte z dodatkowym ubezpieczeniem inwestycyjnym	<b>Inne umowy ubezpieczenia dodatkowego</b> <input type="checkbox"/> dodatkowe ubezpieczenia na wypadek zgonu wskutek wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym <input type="checkbox"/> dodatkowe ubezpieczenie na wypadek trwałego inwalidztwa lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku <input type="checkbox"/> dodatkowe ubezpieczenie opłacania składki ubezpieczeniowej
Składka [zł]	Częstotliwość <input type="checkbox"/> miesięczna <input type="checkbox"/> kwartalna <input type="checkbox"/> półroczna <input type="checkbox"/> roczna
Suma ubezpieczenia gwarantowanego [zł]	Okres ubezpieczenia _____ lat
Współczynnik indeksacji składki	<input type="checkbox"/> zgodnie z coroczną propozycją ERGO Hestii <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5%

DYSPOZYCJA ZAKUPU JEDNOSTEK UCZESTNICTWA W UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZACH KAPITAŁOWYCH (Z DOKŁADNOŚCIĄ DO 5%). W PRZYPADKU, GDY SUMA UDZIAŁÓW NIE JEST RÓWNA 100%, TOWARZYSTWO ZWRÓCI SIĘ DO UBEZPIECZAJĄCEGO O PONOWNE ZŁOŻENIE PRAWIDŁOWO WYPEŁNIONEGO WNIOSKU

Alokacja				Alokacja			
Lp.	Nazwa	Składek regularnych %	Wpłat dodatkowych %	Lp.	Nazwa	Składek regularnych %	Wpłat 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						

<sup>7</sup> 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.		_____		
<b>Suma</b>				<b>100%</b>

**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.		_____		
<b>Suma</b>				<b>100%</b>

**CZĘŚĆ SZÓSTA | INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA**

Lp.	Ankieta podstawowa (należy wypełnić, jeśli suma ubezpieczenia gwarantowanego nie przekracza 330.000 zł)	Tak	Nie
1.	Czy w okresie ostatnich 10 lat chorował/a Pan/i lub obecnie choruje na: choroby serca lub układu krążenia (na przykład: chorobę wieńcową, zawał serca, udar mózgu); choroby metaboliczne, endokrynologiczne lub choroby uznawane za dziedziczne (na przykład: cukrzycę, hipercholesterolemię, hemofilię); raka lub inną chorobę nowotworową (na przykład: białaczkę, czerniaka)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Czy w okresie ostatnich 5 lat: przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim przez okres dłuższy niż 3 tygodnie (z wyłączeniem złamań, usunięcia wyrostka robaczkowego lub wycięcia migdałków) bądź był/a Pan/i hospitalizowany/a lub wykonywany był zabieg operacyjny?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Czy obecnie przyjmuje Pan/i regularnie leki lub przebywa pod stałą opieką lekarską w związku z jakąś chorobą przewlekłą (na przykład: chorobą układu oddechowego, chorobą wątroby, chorobą nerek, chorobą układu pokarmowego, chorobą krwi, chorobą mięśni, stawów lub kości, chorobą układu nerwowego lub zaburzeniem psychicznym) albo jest Pan/i w trakcie wykonywania badań diagnostycznych lub zamierza poddać się leczeniu, w tym leczeniu szpitalnemu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lp.	Ankieta rozszerzona (należy dodatkowo wypełnić, jeśli suma ubezpieczenia gwarantowanego mieści się w przedziale 80.000 zł – 330.000 zł lub zakres ochrony został rozszerzony o dodatkowe ubezpieczenie opłacania składki)	Tak	Nie
4.	Waga _____ kg                      Wzrost _____ cm		
5.	Czy 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"/>
6.	Czy pali Pan/i powyżej 40 papierosów dziennie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Czy jest Pan/i lub był/a częściowo lub całkowicie niezdolny/a do pracy (trwale lub okresowo)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jeżeli spełniony jest którykolwiek z poniższych warunków:

- 1) odpowiedź na pytania: 1, 2, 3 lub 7 brzmi „Tak”,
- 2) suma ubezpieczenia gwarantowanego przekracza 330.000 zł
- 3) zawierane jest dodatkowe ubezpieczenie opłacania składki i jednocześnie wysokość składki miesięcznej przekracza 250 zł (lub 750 zł kwartalnie, 1500 zł półrocznie, 3000 zł rocznie)

dotąd należy wypełnić Załącznik do wniosku o ubezpieczenie na życie.

**CZĘŚĆ SIÓDMA | KOMENTARZE (W PRZYPADKU BRAKU WOLNEGO MIEJSCA W ODPOWIEDNIH RUBRYKACH, PROSIMY O PODANIE DODATKOWYCH SZCZEGÓŁÓW W PONIŻSZEJ RUBRYCE)**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**CZĘŚĆ ÓSMA | 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 _____		Stopień pokrewieństwa _____
Adres stały zamieszkania	Ulica _____	Kod _____ - _____		Kraj _____
Miejscowość _____		Kraj _____		Numer domu _____
Adres korespondencyjny		Ulica _____	Numer domu _____	
Miejscowość _____		Kraj _____		Numer lokalu _____
Telefon <sup>*)</sup> _____		Dokument stwierdzający tożsamość _____		Numer dokumentu _____

<sup>\*)</sup> Podanie telefonu oraz adresu email jest dobrowolne jednak brak ich podania uniemożliwia komunikację za pomocą środków porozumiewania się na odległość.

**CZĘŚĆ DZIEWIĄTA | 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 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 wraz z załącznikami, Regulaminem Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, Strategiami Inwestycyjnymi 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

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

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.  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 udzieliли 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 posiadanymi przez ERGO Hestię informacjami 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 posiadanymi przez każdy inny zakład ubezpieczeń informacjami 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 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 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

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 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).  Tak  Nie

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

\* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależniam 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 obowiązek wynikający 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 osobowych<sup>1)</sup>, pobranych dobrowolnie, które będą przez nas przetwarzane w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do Stanów Zjednoczonych oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów<sup>2)</sup> oraz przekazywanych przez Panią/Pana obligatoryjnie<sup>3)</sup> w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do innych państw oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów<sup>4)</sup> Jednocześnie informujemy, że posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

<sup>1)</sup> 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),

<sup>2)</sup> 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),

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

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

## 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 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 wraz z załącznikami, Regulaminem Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, Strategiami Inwestycyjnymi 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.

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 umów ubezpieczenia, o którą wnioskuję poprzez korespondencję związaną 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, 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

Czy pośrednik poinformował Pana/ią o warunkach umowy, w tym o charakterze ubezpieczenia, zasadach wypłaty świadczeń i kosztach?  Tak  Nie  
Czy jest Pan/i świadomy/a, 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, że jestem rezydentem Stanów Zjednoczonych dla celów podatkowych\*\* (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 wspólnikiem spółki cywilnej).  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)\*\*: (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 wspólnikiem 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

W przypadku, gdy - w następstwie dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego - Ubezpieczyciel nie zawrze umowy ubezpieczenia, proszę o zwrot dokonanych wpłat na rachunek bankowy (informacja nieobowiązkowa):  
.....

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 zawieraniem 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 na życie.**

**Numer konta do wpłaty kolejnych składek będzie wskazany w polisie ubezpieczeniowej.**

\* 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 osobowych<sup>1)</sup>, pobranych dobrowolnie, które będą przez nas przetwarzane w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do Stanów Zjednoczonych oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów<sup>2)</sup> oraz przekazywanych przez Panią/Pana obligatoryjnie<sup>3)</sup> w celu identyfikowania rachunków podlegających raportowaniu do innych państw oraz pozyskiwania i przekazywania informacji o nich Ministrowi Finansów<sup>4)</sup> Jednocześnie informujemy, że posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania.

<sup>1)</sup> 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),

<sup>2)</sup> 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),

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

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

## ZGODA NA OBCIĄŻANIE RACHUNKU

Niniejszym wyrażam zgodę na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami i w terminach wynikających z moich zobowiązań z tytułu umowy ubezpieczenia przez:

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

### IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO (PŁATNIKA)

Nazwa		
_____		
Kod pocztowy	Poczta	
_____	_____	
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 (zgodnie ze wzorem złożonym w banku)
_____	_____	_____

**OTRZYMUJE ERGO HESTIA (ODBIORCA)**

Skontaktuj się z nami:

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

801 107 107\*, 58 555 5 555

\*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

## ZGODA NA OBCIĄŻANIE RACHUNKU

Niniejszym wyrażam zgodę na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami i w terminach wynikających z moich zobowiązań z tytułu umowy ubezpieczenia przez:

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

### IMIĘ I NAZWISKO/NAZWA UBEZPIECZAJĄCEGO (PŁATNIKA)

Nazwa		
_____		
Kod pocztowy	Poczta	
_____	_____	
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 (zgodnie ze wzorem złożonym w banku)
_____	_____	_____

**OTRZYMUJE BANK UBEZPIECZAJĄCEGO (PŁATNIKA)**

Skontaktuj się z nami:

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

801 107 107\*, 58 555 5 555

\*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora