



Ogólne Warunki Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej

KOD: TOI 01/16

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej stanowią uzupełnienie postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których zawierane są indywidualne umowy ubezpieczenia przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (zwane dalej „ERGO Hestia”), które przewidują stosowanie Ogólnych Warunków Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej.
- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej nie mogą stanowić podstawy do zawarcia samoistnej umowy ubezpieczenia.

§ 2

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem następnym po dniu, w którym spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- Ubezpieczający przekazał poprawnie wypełniony i kompletny wniosek o ubezpieczenie upoważnionemu przedstawicielowi ERGO Hestii,
- Ubezpieczający zrealizował wpłatę na poczet pierwszej składki.

§ 3

- Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- Za nieszczęśliwy wypadek uważa się nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, w wyniku którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego.

§ 4

- Okres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej trwa do daty:
 - rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, która przewiduje stosowanie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej na zasadach określonych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej,
 - odrzućcia wniosku ubezpieczeniowego przez ERGO Hestię lub zaproponowania przez niego zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego.
- Okres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej nie może być dłuższy niż 60 dni, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
- Jeżeli najpóźniej w sześćdziesiątym dniu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej ERGO Hestia podejmie decyzję o akceptacji wniosku ubezpieczeniowego, okres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej przedłuża się do dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5

- Świadczenie z tytułu objęcia Ubezpieczonego tymczasową ochroną ubezpieczeniową zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek i śmierć Ubezpieczonego nastąpiły w okresie trwania tej ochrony.
- W przypadku gdy okres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej zakończył się w myśl § 4 ust. 1 pkt 2, świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek wystąpił w czasie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, a śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 90 dni od daty wypadku.
- Z tytułu objęcia Ubezpieczonego tymczasową ochroną ubezpieczeniową ERGO Hestia wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie, nie więcej jednak niż kwotę 50 000 złotych.
- Do wypłaty świadczenia stosuje się odpowiednio postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia stosowanych w odniesieniu do umowy ubezpieczenia, która zostałaby zawarta na podstawie wniosku o ubezpieczenie o określonym numerze seryjnym.

§ 6

- ERGO Hestia nie wypłaci świadczenia z tytułu objęcia Ubezpieczonego tymczasową ochroną ubezpieczeniową, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w normalnym następstwie:
 - udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka oraz w przygotowaniach do nich, przy czym za zajęcia takie uważa się: nurkowanie, wspinaczkę górską lub skałkową, speleologię, rafting, kajakarstwo górskie, wykonywanie skoków spadochronowych lub skoków na bungee, uprawianie sportów lotniczych (jako pilot lub pasażer statku powietrznego), uprawianie sportów motorowych, sportów motorowodnych lub sportów walki,
 - udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów lądowych, wodnych, powietrznych lub w przygotowaniach do nich,
 - popelnienia lub usiłowania popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
 - czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
 - działań wojennych, zamieszek lub przewrotów wojskowych,
 - wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
 - Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu - stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³. Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³,
 - umyślnego samouszkodzenia ciała, uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, próby samobójczej lub samobójstwa Ubezpieczonego,
 - choroby Ubezpieczonego, zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, jako zaburzenie psychiczne i zaburzenie zachowania (F00-F99) lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego,
 - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia,
 - choroby Ubezpieczonego występującej nagle: zawału serca, udaru mózgu, choroby zakaźnej lub wypadnięcia jądra miazdzystego.

§ 7

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej wchodzi w życie 1 stycznia 2016 roku.

Prezes Zarządu

Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu

Małgorzata Makulska

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TYMCZASOWEJ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ (rubrykę wypełnia Przedstawiciel Agenta)*

Wysokość świadczenia**

* Nie dotyczy ubezpieczenia z jednorazową składką ubezpieczeniową.

** Wysokość sumy ubezpieczenia określona przez Ubezpieczającego, jednak nie więcej niż 50.000 zł, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3 Ogólnych Warunków Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej (w przypadku gdy zawierane jest ubezpieczenie Eventus DUO, należy wpisać sumę ubezpieczenia na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 50.000 zł; w przypadku gdy zawierane jest ubezpieczenie Duo Protect, należy wpisać sumę ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w pierwszym roku ubezpieczenia, nie więcej niż 50.000 zł).

PRZEDSTAWICIEL AGENTA

Imię i nazwisko

Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)

Podpis Przedstawiciela Agenta

ORYGINAŁ EP/WN006/1601

Skontaktuj się z nami:

www.ergohestia.pl

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE

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		Podpis Przedstawiciela Agenta*	
____ - ____ % ____		Numer Przedstawicielstwa Agenta			
____ - ____ % ____		____			
____ - ____ % ____		____			

* 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 Ubezpieczonego i Ubezpieczającego oraz poprawności ich danych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości ze zdjęciem. Poinformowałem Ubezpieczającego o kosztach związanych z umową ubezpieczenia oraz przekazałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia.

I. DANE UBEZPIECZONEGO

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	Obywatelstwo
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	Kod	Miejscowość
		____ - ____	
			Kraj
Adres korespondencyjny	Ulica	Kod	Miejscowość
		____ - ____	
			Kraj
Telefon	E-mail		

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
Powód ubezpieczenia			
Adres stały zamieszkania	Ulica	Kod	Miejscowość
		____ - ____	
			Kraj
Adres korespondencyjny	Ulica	Kod	Miejscowość
		____ - ____	
			Kraj
Telefon	E-mail		

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.

V. UBEZPIECZENIE

Rodzaj ubezpieczenia

 EVENTUS DUO EVENTUS OD MAMY I TATY DUO PROTECT

EVENTUS DUO Ubezpieczenie Gwarantowane	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 składki <input type="checkbox"/> 3% <input type="checkbox"/> 4% <input type="checkbox"/> 5%				

EVENTUS OD MAMY I TATY	Ubezpieczenia dodatkowe						
	<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> MNW ¹⁾	<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 wypadek 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			E-mail				
Beneficjent główny w ubezpieczeniu Eventus od Mamy i Taty							
Nazwisko i imiona Dziecka*			Data urodzenia (DD:MM:RRRR)		Stopień pokrewieństwa		
					100%		
* Jeżeli beneficjentem głównym nie jest Dziecko, należy skreślić słowo Dziecko.							
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	
1.							
2.							
3.							
Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na zawarcie na swój rachunek dodatkowego ubezpieczenia Dziecka na wypadek trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.						100%	
Miejscowość i data (DD:MM:RRRR)					Podpis Dziecka*		
* Gdy Dzieckiem jest osoba małoletnia, podpis składa jego przedstawiciel ustawowy.							
Umowa cesji praw z umowy ubezpieczenia na życie i dożycia 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*	
* Gdy Dzieckiem jest osoba małoletnia, podpis składa jego przedstawiciel ustawowy.							
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	
Osoba uwzględniona w kalkulacji		Tak Nie				Miesięczne zabezpieczenie w razie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego	
Ubezpieczony		Tak				Miesięczne zabezpieczenie w razie zgonu Ubezpieczonego	
Osoba zabezpieczana		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				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"/>					
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]		
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]**			
* 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 zawarcia 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.							
<input type="checkbox"/> Do wniosku załączony został wydruk propozycji ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Pośrednika oraz oznaczony numerem seryjnym niniejszego wniosku.							

DUO PROTECT Dochody Ubezpieczonego			
Roczne dochody netto w ostatnich 2 latach podatkowych (należy wypełnić jeżeli suma ubezpieczenia dotycząca któregoś z lat przekracza 350.000 zł, a jeżeli suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego przekracza 1.000.000 zł lub gdy suma ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy przekracza 700.000 zł należy wypełnić kwestionariusz finansowy).			
Roczne dochody netto z pracy zawodowej	Rok <input type="text"/>	Dochód netto [zł]	Rok <input type="text"/>
			Dochód netto [zł]

VI. INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

Wzrost [cm] <input type="text"/>	Waga [kg] <input type="text"/>	Zmiana wagi w ostatnim roku [+/-] <input type="text"/>	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 rejonny świata uznawane za niebezpieczne (np. 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, żeglarsstwo 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 kości, zapalenie stawów, dyskoptia, 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 (np. 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 choroba/a 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.	Astmę 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, zgagę, 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.	Kamicę nerkową, zapalenie nerek, zapalenie i 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 nieznaną etiologię, 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 karcie 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 osobą małoletnią, 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	
Obywatelstwo			
Adres stały zamieszkania	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod _____	Kraj	
Adres korespondencyjny	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod _____	Kraj	
Telefon	E-mail		

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 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 na życie oraz że zapoznałem/am się z dokumentem, jest on dla mnie zrozumiały 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) informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia ERGO Hestii SA 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 2015r. 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:

1. 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,
2. przetwarzanie przez ERGO Hestię moich danych osobowych o stanie zdrowia podanych przeze mnie w kwestionariuszu medycznym oraz uzyskanych przez ERGO Hestię - dla celów zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. 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, iż wyrażam zgodę, by moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione do przetwarzania Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1 do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług). Tak Nie

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależniono zawarcia umowy ubezpieczenia.

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

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 (zwana dalej: „ERGO Hestia”) w dobrej wierze, zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą.

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, oraz dostarczanie mi odpowiedzi na ewentualne reklamacje za pośrednictwem poczty elektronicznej na podany przeze mnie adres tej poczty.

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, jest on dla mnie zrozumiały i w pełni go akceptuję. Tak Nie

Oświadczam, iż wyrażam zgodę, by moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, mogły być udostępnione do przetwarzania Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1 do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług). Tak Nie

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależniono zawarcia umowy ubezpieczenia.

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