

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	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	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	
Stożenie pokrewieństwa				

I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY

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 DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

Duo Benefit Formuła Hybrydowa Ubezpieczenie gwarantowane zawarte z dodatkowym ubezpieczeniem inwestycyjnym	Inne umowy ubezpieczenia dodatkowego			
	<input type="checkbox"/> dodatkowe ubezpieczenie 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						

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 | INFORMACJE O UBEZPIECZONYM

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)

dotatkowo 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		Numer domu		Numer lokalu	
_____		_____		_____		_____	
Miejscowość				Kod _____		Kraj	
_____		_____		_____		_____	
Adres korespondencyjny		Ulica		Numer domu		Numer lokalu	
_____		_____		_____		_____	
Miejscowość				Kod _____		Kraj	
_____		_____		_____		_____	
Telefon		Dokument stwierdzający tożsamość		Numer dokumentu			
_____		_____		_____			

CZĘŚĆ DZIEWIĄTA | 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 Sopotkiemu 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 oraz Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, 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 wskazanymi dokumentami i w pełni je akceptuję. Oświadczam, że otrzymałem/am również Kartę produktu.	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie
Czy pośrednik dokonał analizy Pana/i potrzeb i możliwości w zakresie doboru rodzaju produktu i wysokości składki oraz preferowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego a ubezpieczenie, o które Pan/i wnioskuję, spełnia te kryteria?	<input type="checkbox"/>	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie

Wyrażam zgodę na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz Regulaminu Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

Wyrażam zgodę na zasięganie (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 pielęgniarek, położnych) informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Upoważniam ww. podmioty do udzielenia ERGO Hestii 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 wysokości 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; przyczynach 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:

- 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.
- Zasięganie 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 na życie 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 doręczenie 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 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.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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): _____	
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.	
W przypadku zmiany statusu podatkowego wskazanego powyżej zobowiązuję się powiadomić ERGO Hestię o tym fakcie w terminie 30 dni kalendarzowych.	

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, do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług)**.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---

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

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.

Wyrażam zgodę i wnioskuję o doręczenie 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 otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia oraz Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, 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 wskazanymi dokumentami i w pełni je akceptuję. Oświadczam, że otrzymałem/am również Kartę produktu.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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, jest on dla mnie zrozumiały i w pełni akceptuję warunki w nim zawarte.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---

Czy pośrednik dokonał analizy Pana/i potrzeb i możliwości w zakresie doboru rodzaju produktu i wysokości składki oraz preferowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego o ubezpieczenie, o które Pan/i wnioskuję, spełnia te kryteria?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy pośrednik poinformował Pana/i o warunkach umowy, w tym o charakterze ubezpieczenia, zasadach wypłaty świadczeń i kosztach?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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 m.in. z ryzykiem poniesienia straty?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
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): _____	
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.	
W przypadku zmiany statusu podatkowego wskazanego powyżej zobowiązuję się powiadomić ERGO Hestię o tym fakcie w terminie 30 dni kalendarzowych.	

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 do przetwarzania dla celów marketingu bezpośredniego jego własnych produktów (usług)**.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
--	---

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. Poinformowałem Ubezpieczającego o kosztach związanych z umową ubezpieczenia oraz przekazałem 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.

* 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.

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⁾. 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. 2015 poz. 2135 tj. 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)

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

*** Gdy Ubezpieczonym jest osoba małoletnia, rubrykę wypełnia jej przedstawiciel ustawowy.

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

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

801 107 107*, 58 555 5 555

*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora