

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 numer Przedstawicielstwa Agenta _____ _____ _____		Podpis Przedstawiciela 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 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.	

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
Zawód wykonywany			Obywatelstwo
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	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość		Kod _____	Kraj
Adres korespondencyjny	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość		Kod _____	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
Powód ubezpieczenia			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	

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 FORMUŁA HYBRYDOWA EVENTUS OD MAMY I TATY DUO PROTECT

EVENTUS DUO FORMUŁA HYBRYDOWA Ubezpieczenie gwarantowane zawarte z dodatkowym ubezpieczeniem inwestycyjnym		Inne 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)		
<small>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.</small>							
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 <input type="checkbox"/> 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%					
DYSPOZYCJA ZAKUPU JEDNOSTEK UCZESTNICTWA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH DLA UBEZPIECZENIA EVENTUS DUO (WARTOŚCI Z DOKŁADNOŚCIĄ DO 5%)*							
Lp.	Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy	Alokacja składki		Lp.	Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy	Alokacja składki	
		Składek regularnych %	Składek dodatkowych %			Składek regularnych %	Składek 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			10.			
						Suma 100%	

* W przypadku, gdy suma udziałów nie jest równa 100% ERGO Hestia zwróci się do Ubezpieczającego o ponowne złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku.

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 WYPADK 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	Procent
							100%
<small>* Jeżeli beneficjentem głównym nie jest Dziecko, należy skreślić słowo Dziecko.</small>							
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	Procent
1.							
2.							
3.							
							100%
Ja, niżej podpisany/a, wyrażam zgodę na zawarcie na swój rachunek dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego inwalidztwa Dziecka wskutek nieszczęśliwego wypadku.							
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 DOŻYCIE 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 nieregulowanych 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	Miesięczne zabezpieczenie w razie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego	Miesięczne zabezpieczenie w razie zgonu Ubezpieczonego
Osoba uwzględniona w kalkulacji	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]

ZABEZPIECZENIE ZOBOWIĄZAŃ*	
Wiek Ubezpieczonego <input type="text"/> lat/a	Ile lat pozostało do spłacenia kredytu <input type="text"/> 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 wnioskowania o zawarcie 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.
 Do wniosku załączony został wydruk propozycji ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Pośrednika oraz oznaczony numerem seryjnym niniejszego wniosku.

DOCHODY UBEZPIECZONEGO				
Roczne dochody netto w ostatnich 2 latach podatkowych (należy wypełnić, jeżeli suma ubezpieczenia dotycząca któregośkolwiek ze świadczeń przekracza 350.000 zł; jeżeli suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego przekracza 1.000.000 zł lub gdy suma ubezpieczenia z tytułu całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest wyższa niż 700.000 zł (przy rocznych dochodach poniżej 30.000 zł) lub przekracza 1.000.000 zł należy dodatkowo wypełnić kwestionariusz finansowy.				
Roczne dochody netto z pracy zawodowej	Rok (RRRR)	Dochód netto [zł]	Rok	Dochód netto [zł]
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 rejony świata uznawane za niebezpieczne (na przykład: 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, dyskopatia, 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 (na przykład 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/chroba 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 nieznannej etiologii, 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 kartce podpisanej przez Ubezpieczonego i dołączonej do niniejszego wniosku

Czy ubezpieczony został skierowany na badania lekarskie? (wypełnia Przedstawiciel Agenta)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> 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 MAŁOLETNIA, 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 podmiotów wykonujących działalność leczniczą, który udzielił mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarów, 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 badań 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 niezbędnym 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 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.
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 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.

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO
Oświadczam, że otrzymałem/am Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz że zapoznałem/am się z wyżej wskazanym dokumentem i w pełni go akceptuję. Oświadczam, że otrzymałem/am również Kartę produktu. Tak 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 wnioskujecie, spełnia te kryteria? Tak Nie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO LUB EVENTUS OD MAMY I TATY
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):

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, 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

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 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, 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 wyżej wskazanym dokumentem, i w pełni go akceptuję. Tak Nie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO
Czy pośrednik dokonał analizy Pana/Pani potrzeb i możliwości w zakresie doboru rodzaju produktu i wysokości składki oraz preferowanego poziomu ryzyka inwestycyjnego a ubezpieczenie, o które Pan/Pani wnioskujecie, spełnia te kryteria? Tak Nie

Czy pośrednik poinformował Pana/Panią o warunkach umowy, w tym o charakterze ubezpieczenia, zasadach wypłaty świadczeń i kosztach? Tak Nie

Czy jest Pan/Pani świadoma/y, 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? Czy określona we wniosku alokacja dotycząca dyspozycji zakupu jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe jest zgodna z Pana/Pani profilem inwestycyjnym? Tak Nie

Oświadczam, iż chcę korzystać z usług świadczonych drogą elektroniczną przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, 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. Tak Nie

Oświadczam, że otrzymałem/am Regulamin Lokowania Środków Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz że zapoznałem się z wyżej wskazanym dokumentem i w pełni go akceptuję. Oświadczam, że otrzymałem/am również Kartę produktu. Tak Nie

PROSIMY O WYPEŁNIENIE, GDY ZAWIERANE JEST UBEZPIECZENIE EVENTUS DUO LUB EVENTUS OD MAMY I TATY
(NALEŻY WYPEŁNIĆ TYLKO W PRZYPADKU, GDY UBEZPIECZAJĄCYM JEST OSOBA FIZYCZNA)
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):

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, 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

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

ERGO Hestia informuje, że jest administratorem Pana/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 Pan/i 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)

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.

Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależniam zawarcia umowy ubezpieczenia.

Niniejszym wyrażam zgodę

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

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z moich zobowiązań w umownych terminach zapłaty.

NAZWA I DOKŁADNY ADRES UBEZPIECZAJĄCEGO/PŁATNIKA

Nazwa	
Kod pocztowy	Pocztą
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
-------------	-------------------	--

Niniejszym wyrażam zgodę

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

na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z moich zobowiązań w umownych terminach zapłaty.

NAZWA I DOKŁADNY ADRES UBEZPIECZAJĄCEGO/PŁATNIKA

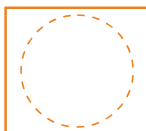
Nazwa	
Kod pocztowy	Pocztą
Ulica	Numer domu
	Numer lokalu
Numer rachunku bankowego Ubezpieczającego/Płatnika	
Numer wniosku/polisy (wypełnia Ubezpieczający)	Identyfikator płatności (wypełnia STUnŻ ERGO Hestia)

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
-------------	-------------------	--

Dowód / pokwitowanie dla zlecieniodawcy

nr rachunku odbiorcy	85 1240 1053 1111 0010 3349 5816
odbiorca	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA
kwota	
zlecieniodawca	



Polecenie przelewu / wpłaty gotówkowa

nazwa odbiorcy	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA PEKAO Bank Pekao SA		
numer rachunku odbiorcy	85 1240 1053 1111 0010 3349 5816		
	ERGO HESTIA	W P	PLN
nr rachunku zlecieniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	kwota		
nazwa zlecieniodawcy			
nazwa zlecieniodawcy cd.			
tytułem	Składka - wniosek nr:		
tytułem cd.			

odcinek dla banku / poczty

data, pieczęć, podpis(y) zlecieniodawcy	Oplata:
---	---------

