

# WNIOSEK O UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DUO PROTECT

Wniosek o zawarcie umowy z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. NIP 585-12-45-589. Wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 zł.

## CZĘŚĆ PIERWSZA | AGENCJA UBEZPIECZENIOWA

Nazwa Agencji:	Numer Agencji:
----------------	----------------

## CZĘŚĆ DRUGA | DANE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko:		
Data urodzenia:	PESEL:	Płeć:
Obywatelstwo:	Dokument stwierdzający tożsamość:	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

Kraj:	Miejscowość:	Poczta:	Kod pocztowy:	
Ulica:			Numer domu:	Numer lokalu:

## CZĘŚĆ TRZECIA | DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię i nazwisko / Nazwa firmy:		
Data urodzenia:	PESEL/NIP:	Płeć:
Obywatelstwo:	Dokument stwierdzający tożsamość:	Numer dokumentu:
Stopień pokrewieństwa:		

### I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY

Kraj:	Miejscowość:	Poczta:	Kod pocztowy:	
Ulica:			Numer domu:	Numer lokalu:
Telefon*):		E-mail*):		

### II. ADRES KORESPONDENCYJNY

Kraj:	Miejscowość:	Poczta:	Kod pocztowy:	
Ulica:			Numer domu:	Numer lokalu:

## CZĘŚĆ CZWARTA | DANE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO

Imię i nazwisko:		
Data urodzenia:	PESEL:	Płeć:
Obywatelstwo:	Dokument stwierdzający tożsamość:	Numer dokumentu:
Stopień pokrewieństwa:		

### I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA

Kraj:	Miejscowość:	Poczta:	Kod pocztowy:	
Ulica:			Numer domu:	Numer lokalu:
Telefon*):		E-mail*):		

### II. ADRES KORESPONDENCYJNY

Kraj:	Miejscowość:	Poczta:	Kod pocztowy:	
Ulica:			Numer domu:	Numer lokalu:

\*) 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	Stopień pokrewieństwa	Procent [%]
1.				
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	Stopień pokrewieństwa	Procent [%]
1.				
Suma				100

## CZĘŚĆ SZÓSTA | SKŁADKA

Składka:	Częstotliwość:
----------	----------------

## CZĘŚĆ SIÓDMA | DANE UWZGLĘDNIONE W KALKULACJI

### PLAN ZABEZPIECZENIA RODZINY

Osoba uwzględniona w kalkulacji	Wiek osoby w chwili zawarcia umowy	Wiek, do którego osoba jest zabezpieczona	Miesięczne zabezpieczenie w razie	
			Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego [PLN]	Zgonu Ubezpieczonego [PLN]

### ZABEZPIECZENIE ZOBOWIĄZAŃ

Aktualny wiek ubezpieczonego (liczba lat – rocznikowo)	
Okres ubezpieczenia	
<b>Opis zabezpieczenia zobowiązania:</b>	
Początkowe oprocentowanie kredytu	
System spłaty raty	
Karencja na spłatę kapitału	
<b>Początkowa suma ubezpieczenia:</b>	
z tytułu zgonu	
z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	
Miesięczna renta z tytułu całkowitej niezdolności do pracy	

### UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ZGONU ORAZ CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

Aktualny wiek Ubezpieczonego (liczba lat-rocznikowo)	
<b>Ubezpieczenie na wypadek zgonu:</b>	
Okres ubezpieczenia:	
Początkowa suma ubezpieczenia:	
Utrzymanie stałej sumy ubezpieczenia przez:	
Zachowanie sumy ubezpieczenia nie mniejszej niż:	
<b>Ubezpieczenie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy:</b>	
Wiek, do którego trwa ubezpieczenie (wyplacana jest renta)	
Początkowa suma ubezpieczenia:	
Kwota miesięcznej renty:	

Prezentacja sum ubezpieczenia

Okres ubezpieczenia:

## CZĘŚĆ ÓSMA | INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA«\$q=sp\_questionnaireUWR»«\$qa=\$q.filledQuestionnaire»

### CZĘŚĆ DZIEWIĄTA | OŚWIADCZENIA

#### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO BĘDĄCEGO JEDNOCZEŚNIE UBEZPIECZAJĄCYM

Uwaga:

Przed złożeniem podpisu prosimy Klienta o zweryfikowanie pod kątem poprawności wszystkich złożonych we wniosku oświadczeń w szczególności w części INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA

Potwierdzam wypełnienie niniejszego wniosku o ubezpieczenie na życie, w szczególności części INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA oraz, że wszystkie moje odpowiedzi w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie, które zostały udzielone przez mnie na pytania zadane przez Pośrednika ERGO Hestii oraz informacje podane przeze mnie w innych dokumentach przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostały wskazane w nim prawidłowo, są prawdziwe i kompletne, zgodne z moją najlepszą wiedzą i nie uległy one do dnia dzisiejszego żadnej zmianie. Złożony poniżej przeze mnie podpis należy rozumieć jako złożony pod wszystkimi oświadczeniami zawartymi w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:	Miejscowość:	Data:	Podpis:
---------------------------------	--------------	-------	---------

#### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Uwaga:

Przed złożeniem podpisu prosimy Klienta o zweryfikowanie pod kątem poprawności wszystkich złożonych we wniosku oświadczeń w szczególności w części INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA

Potwierdzam wypełnienie niniejszego wniosku o ubezpieczenie na życie, w szczególności części INFORMACJE O UBEZPIECZONYM I JEGO STANIE ZDROWIA oraz, że wszystkie moje odpowiedzi w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie, które zostały udzielone przez mnie na pytania zadane przez Pośrednika ERGO Hestii oraz informacje podane przeze mnie w innych dokumentach przed zawarciem umowy ubezpieczenia zostały wskazane w nim prawidłowo, są prawdziwe i kompletne, zgodne z moją najlepszą wiedzą i nie uległy one do dnia dzisiejszego żadnej zmianie. Złożony poniżej przeze mnie podpis należy rozumieć jako złożony pod wszystkimi oświadczeniami zawartymi w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego:	Miejscowość:	Data:	Podpis:
---------------------------------	--------------	-------	---------

### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

Uwaga:

Przed złożeniem podpisu prosimy Klienta o zweryfikowanie pod kątem poprawności wszystkich złożonych we wniosku oświadczeń

Potwierdzam wypełnienie niniejszego wniosku o ubezpieczenie na życie oraz, że wszystkie moje odpowiedzi na pytania zadane przez Pośrednika ERGO Hestii zostały wskazane w nim prawidłowo, są prawdziwe i kompletne, zgodne z moją najlepszą wiedzą i nie uległy one do dnia dzisiejszego żadnej zmianie. Złożony poniżej przeze mnie podpis należy rozumieć jako złożony pod wszystkimi oświadczeniami zawartymi w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie.

Imię i nazwisko Ubezpieczającego:	Miejscowość:	Data:	Podpis:
-----------------------------------	--------------	-------	---------

Jeżeli wniosek o ubezpieczenie na życie nie zawiera wszystkich wymaganych podpisów pod oświadczeniami, naniesiono w jego treści jakiegokolwiek zmiany w zakresie oświadczeń, danych bądź informacji, wymagana jest ponowna ocena ryzyka ubezpieczeniowego przez ERGO Hestię. Oznacza to, że pakiet ubezpieczeniowy nie zostaje przekazany ubezpieczającemu, a umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.

Powód zwrotu niepodpisanego pakietu ubezpieczeniowego do ERGO Hestii:

Imię i nazwisko Ubezpieczającego	Miejscowość:	Data:	Podpis:
----------------------------------	--------------	-------	---------

### 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:	Podpis:
-----------------------------	--------------	-------	---------

### Informacja dla Pośrednika

Przed złożeniem podpisu Klient ma prawo nie zgodzić się lub zmienić treść każdego ze swoich oświadczeń bądź danych i informacji – w takim wypadku zabrania się Pośrednikowi przekazania Klientowi Pakietu ubezpieczeniowego. Cały pakiet należy zwrócić na adres Towarzystwa. ERGO Hestia dokona ponownej ocena ryzyka ubezpieczeniowego i podejmie decyzję co do możliwości i warunków zawarcia umowy ubezpieczenia.

MEMÓR