

POLISA NUMER

| Typ ubezpieczenia | | Program Ubezpieczeniowo-Oszczędnościowy „Duo Benefit” | |
|---|--|---|--|
| Ubezpieczony | | Data urodzenia | |
| Ubezpieczający | | Rocznica polisy | |
| Częstotliwość opłacania składki | | Składka [w złotych] | |
| Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej | | Długość okresu ubezpieczenia | |
| Wskaźnik corocznej indeksacji składki | | Suma ubezpieczenia gwarantowanego [w złotych] | |

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

| Ubezpieczenie | Poziom odpowiedzialności | Składka |
|---------------|--------------------------|---------|
|---------------|--------------------------|---------|

KLAUZULE I POSTANOWIENIA STRON DODATKOWE LUB ODMIENNE**BENEFICJENCI**

Aktualny na dzień wystawienia polisy numer rachunku bankowego, na który należy dokonywać wpłat z tytułu zawartej umowy:

Sopot, dnia:

Niniejszy dokument wraz z załącznikiem zaświadcza o objęciu Programem Ubezpieczeniowo-Oszczędnościowym Duo Benefit w ramach umowy zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie Program Ubezpieczeniowo – Oszczędnościowy Duo Benefit (kod: DB 01/18) oraz na podstawie wniosku o ubezpieczenie numer z dnia r.



Dyrektor Departamentu Ubezpieczeń Detalicznych
Piotr Matysiak

ZAŁĄCZNIK DO POLISY NUMER Z DNIA R.

Program Ubezpieczeniowo-Oszczędnościowy „Duo Benefit”

GWARANTOWANE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ WYNIKAJĄCE Z UBEZPIECZENIA GWARANTOWANEGO (WARTOŚCI NA DZIEŃ ROCZNICY POLISY)

| Rok okresu ubezpieczenia | Suma ubezpieczenia gwarantowanego [w złotych] | Suma ubezpieczenia gwarantowanego w razie przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe [w złotych] | Wartość wykupu ubezpieczenia gwarantowanego [w złotych] |
|--------------------------|---|--|---|
| | | | |

1. W ramach ubezpieczenia gwarantowanego obowiązuje stopa techniczna w wysokości 1,76%.
2. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia regulują przepisy:
 - a) w przypadku osób fizycznych – art. 21 ust. 1 pkt 4, art. 24 ust. 15 i 15a, art. 30a ust. 1 pkt 5 i 5a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
 - b) w przypadku osób prawnych – art. 7b, art. 12, art. 18 i art. 19 ustawy z dnia 15 lutego 1992r. o podatku dochodowym od osób prawnych.Informujemy, że nabycie przez osoby fizyczne praw majątkowych wykonywanych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, tytułem spadku, stosownie do art. 1 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, podlega podatkowi od spadków i darowizn, w wysokości określonej w art. 14 i 15 tej ustawy, z zastrzeżeniem postanowień art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego.



Dyrektor Główny Underwriter
Andrzej Kowalewski

SOPOT,

sprawną obsługą naszych Klientów i ich zadowolenie z jakości usług świadczonych przez nasze Towarzystwo, jest naszym nadrzędnym celem.

Chciałbym uprzejmie poinformować o możliwości zlecenia bankowi, w którym swoje konto osobiste, stałej dyspozycji przekazywania składek bezpośrednio na konto naszego Towarzystwa.

Poniższa tabela zawiera niezbędne dane, konieczne do realizacji płatności składki.

Nazwa rachunku

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA

Numer rachunku odbiorcy

Bank odbiorcy

Pekao SA

Tytułem

Składka za polisę numer

Płatność

Płatność

(gr.)

Terminy wymagalności składki w kolejnym roku trwania polisy

Z wyrazami szacunku,



Dyrektor Główny Underwriter
Andrzej Kowalewski

POKWITOWANIE ODBIORU PAKIETU POLISOWEGO

Niniejszym potwierdzam otrzymanie pakietu polisowego Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, w skład którego wchodzi

1. Polisa Ubezpieczeniowa
2. Załącznik do polisy
3. Ogólne Warunki Ubezpieczenia
4. Pismo informujące o sposobie płatności
5.
6.
7.
8.
9.
10.

Oświadczam, że przyjmuję i akceptuję warunki, na jakich zawarta została umowa ubezpieczenia potwierdzona polisą numer

PODPISY UBEZPIECZAJĄCEGO

| Nazwisko i imię | Podpis | Miejscowość i data (DD.MM.RRRR) |
|-----------------|--------|---------------------------------|
|-----------------|--------|---------------------------------|

PODPIS POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO

| Nazwisko i imię | Podpis | Miejscowość i data (DD.MM.RRRR) |
|-----------------|--------|---------------------------------|
|-----------------|--------|---------------------------------|

PAKIET POWINIEN BYĆ DOSTARCZONY DO DNIA

Data: . .

Niniejsze pokwitowanie należy przekazać do Centrali Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA niezwłocznie po doręczeniu pakietu ubezpieczeniowego z polisą