



## WNIOSEK O UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DUO BENEFIT

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	Telefon		Numer domu	Numer lokalu
E-mail				

### II. ADRES KORESPONDENCYJNY (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ WSKAZANY POWYŻEJ)

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica	Telefon		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
Stopień pokrewieństwa		

### I. ADRES STAŁY ZAMIESZKANIA/SIEDZIBY

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

### II. ADRES KORESPONDENCYJNY (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ WSKAZANY POWYŻEJ)

Kraj	Miejscowość	Poczta	Kod pocztowy	
Ulica	Telefon		Numer domu	Numer lokalu

### CZĘŚĆ CZWARTA | DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

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%			
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			



## 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 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 wyżej wskazanym dokumentem i w pełni go akceptuję.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
---	------------------------------	------------------------------

Wyrażam zgodę na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na zasięganie (również po mojej śmierci) przez ERGO Hestię od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, który udzielał 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 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 udzielili 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 przeze 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 ubezpieczenia - przez mnie bądź na mój rachunek umowy ubezpieczenia – w zakresie niezbędnym do dokonania przez ERGO Hestię oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do prawidłowego wykonania umowy ubezpieczenia.
- Na 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 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, 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
---	------------------------------	------------------------------

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

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

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

### 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 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, 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.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
---	------------------------------	------------------------------

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

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

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.

## 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		
<input type="text"/>		
Kod pocztowy	Poczta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	Numer domu	Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### NUMER RACHUNKU BANKOWEGO UBEZPIECZAJĄCEGO (PŁATNIKA)

<input type="text"/>
----------------------

### NUMER WNIOSKU/POLISY (WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY)

### IDENTYFIKATOR PŁATNOŚCI (WYPEŁNIA STUnŻ ERGO Hestia)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**OTRZYMUJE ERGO HESTIA (ODBIORCA)**

Skontaktuj się z nami:

[www.ergohestia.pl](http://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		
<input type="text"/>		
Kod pocztowy	Poczta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica	Numer domu	Numer lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### NUMER RACHUNKU BANKOWEGO UBEZPIECZAJĄCEGO (PŁATNIKA)

<input type="text"/>
----------------------

### NUMER WNIOSKU/POLISY (WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY)

### IDENTYFIKATOR PŁATNOŚCI (WYPEŁNIA STUnŻ ERGO Hestia)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

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)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**OTRZYMUJE BANK UBEZPIECZAJĄCEGO (PŁATNIKA)**

Skontaktuj się z nami:

[www.ergohestia.pl](http://www.ergohestia.pl)

801 107 107\*, 58 555 5 555

\*opłata za połączenie zgodnie z cennikiem operatora