

Polisa ERGO 4 nr 642000057946

Niniejsza polisa stanowi integralną całość wraz z załącznikami

UG nr IH/LIFE5BC/E4D0119

Ubezpieczyciel

nazwa **SOPOCKIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE ERGO HESTIA SA, dalej również „ERGO Hestia”**

Ubezpieczający/Ubezpieczony

imię i nazwisko **PAWEŁ DALECKI, PESEL: 92041415097**
dane kontaktowe **60-573 POZNAŃ, UL. NAŁKOWSKIEJ 59/27, TEL. 609087429, PAW.DALECKI@GMAIL.COM**
adres stały **62-030 LUBOŃ, UL. ŻABIKOWSKA 62C/24**

Zakres ubezpieczenia

L.p. Ubezpieczony	Produkt	Wariant	Okres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia [zł]	Składka miesięczna [zł]
1	Ubezpieczenie życia	III	2022-02-15 - 2052-02-14	100 000	29,11 ¹
	Niezdolność do pracy	III	2022-02-15 - 2052-02-14	zgodnie z załącznikiem nr 1	33,53
	Uszkodzenie ciała NW	III	2022-02-15 - 2052-02-14	100 000	7,35
	Poważne zachorowanie	III	2022-02-15 - 2028-02-14 ²	150 000	55,01
RAZEM DO ZAPŁATY					125,00

¹w ramach ubezpieczenia podstawowego składka za ubezpieczenie życia z sumą ubezpieczenia 1000 zł w całym okresie ubezpieczenia wynosi 0,84 zł miesięcznie

²okres ubezpieczenia może być przedłużany na kolejne okresy zgodnie z OWU

Szczegółowe zasady odpowiedzialności Ubezpieczyciela, definicje poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz zasady ustalania składki ubezpieczeniowej określone są w OWU przekazywanych wraz z polisą. Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU.

OWU

Umowa ubezpieczenia zawarta jest na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie ERGO 4 (kod: C-E4-02/20), zwanych dalej „OWU”.

Płatność

numer konta **45 1240 2092 9870 6420 0005 7946**
terminy i kwoty płatności **płatne do 15 dnia każdego miesiąca, 125,00 zł**
pierwsza składka płatna do **2022-02-21, 125 zł**

Beneficjenci

Główni:
DALECKA JULIA 1992-02-23 100 %

Oświadczenia Ubezpieczającego/Ubezpiezonego

Oświadczam, że:

[X] upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia 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; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na fakt, iż przetwarzanie powyżej wymienionych danych jest niezbędne do należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia. Od wyrażenia niniejszego upoważnienia uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia/objęcie ochroną ubezpieczeniową;

[X] w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia upoważniam Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, 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. Z uwagi na fakt, iż przetwarzanie powyżej wymienionych danych jest niezbędne do należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz 3 lat od daty jej zakończenia. Od wyrażenia niniejszego upoważnienia uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia;

Akceptując niniejszą polisę potwierdzam poprawność wszystkich informacji zawartych w niej oraz w poniżej wymienionych załącznikach do polis stanowiących łącznie integralną część umowy ubezpieczenia. Wszystkie moje odpowiedzi zawarte w polisie oraz jej załącznikach udzielone przeze mnie na pytania zadane przez Pośrednika Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie lub złożone przeze mnie w formie elektronicznej za pośrednictwem indywidualnego konta w portalu iHestia pod adresem: ihestia.ergohestia.pl, zostały wskazane prawidłowo, są prawdziwe i kompletne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i pozostają aktualne na dzień wystawienia polisy. Złożony przeze mnie poniżej podpis należy rozumieć jako złożony pod wszystkimi oświadczeniami zawartymi w niniejszym dokumencie i jego załącznikach wymienionych poniżej. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej w systemie bezpośredniej sprzedaży na odległość oświadczenia, o których mowa w zdaniu poprzednim zostały przeze mnie potwierdzone poprzez akceptację oferty, na podstawie której wystawiona została niniejsza polisa. Jednocześnie potwierdzam otrzymanie tych załączników:

1. Tabela sum ubezpieczenia
2. Kwestionariusze oceny ryzyka
3. Oświadczenia i zgody:
 - a) Informacja o skutkach podania informacji nieprawdziwych, b) Oświadczenie o otrzymaniu i akceptacji OWU, c) Zgoda na to, aby oświadczenia składane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie stanowiły podstawę zawarcia umowy/objęcia ochroną, d) Oświadczenie dotyczące dystrybucji, e) Zgoda na udostępnianie danych innym zakładom ubezpieczeń, f) Zgoda na udostępnianie Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie danych przez inne zakłady ubezpieczeń, g) Zgoda na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowej, h) Zgoda na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji obsługowych, i) Zgoda na udostępnienie danych Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług, j) Oświadczenie o niezajmowaniu eksponowanego stanowiska politycznego.

miejsce i data zawarcia umowy ubezpieczenia
GŁOGÓW, 2022-02-14

podpis Ubezpieczającego /Ubezpiezonego

OVB ALLFINANZ POLSKA SPÓŁKA FINANSOWA SP. Z
O.O. NIP 5221012197
TELEFON: +48225763535
MAREK CICHOWICZ
TELEFON: 884778899
Ubezpieczyciel

Stan polisy na dzień: 2022-02-14

Tabela sum ubezpieczenia do polisy nr 642000057946 (Załącznik nr 1)

Rok ubezpieczenia	Suma Ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia Życia [w zł]	Suma Ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy [w zł]
1	100 000	720 000
2	100 000	696 000
3	100 000	672 000
4	100 000	648 000
5	100 000	624 000
6	100 000	600 000
7	100 000	576 000
8	100 000	552 000
9	100 000	528 000
10	100 000	504 000
11	100 000	480 000
12	100 000	456 000
13	100 000	432 000
14	100 000	408 000
15	100 000	384 000
16	100 000	360 000
17	100 000	336 000
18	100 000	312 000
19	100 000	288 000
20	100 000	264 000
21	100 000	240 000
22	100 000	216 000
23	100 000	192 000
24	100 000	168 000
25	100 000	144 000
26	100 000	120 000
27	100 000	96 000
28	100 000	72 000
29	100 000	48 000
30	100 000	24 000
miesięczna kwota renty [w zł]:		2 000

Kwestionariusze oceny ryzyka do polisy nr **642000057946**

Ubezpieczony

Imię i nazwisko

PAWEŁ DALECKI, PESEL: 92041415097

Zawód

PRACOWNIK BIUROWY

Branża

PRACOWNICY BIUROWI

Ankieta ogólna

Informacje o Ubezpieczonym

1. Wzrost [cm]	174
2. Waga [kg]	84
3. Czy w okresie ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/i, znajdował/a się Pan/i w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:	NIE
3.1 choroby serca / układu krążenia lub choroby metabolicznej: choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, zaburzeń rytmu serca, wady zastawki serca, niewydolności serca, powiększenia serca, kardiomiopatii, udaru mózgu (w tym przemijającego ataku niedokrwinnego), tętniaka, malformacji naczyniowej, nadciśnienia tętniczego, choroby naczyń lub cukrzycy	NIE
3.2 raka, innego nowotworu złośliwego, choroby krwi (niedokrwistości aplastycznej, białaczki, chłoniaka, szpiczaka, zespołu mielodysplastycznego, niedokrwistości sierpowatokrwinkowej lub talasemii) lub choroby dziedzicznego niedoboru odporności	NIE
3.3 choroby autoimmunologicznej (toczenia rumieniowatego układowego lub reumatoidalnego zapalenia stawów z zajęciem narządów wewnętrznych, innej choroby autoimmunologicznej)	NIE
3.4 zaburzenia psychicznego (depresji, nerwicy, schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej, choroby alkoholowej, uzależnienia od narkotyków, próby samobójczej) lub choroby układu nerwowego (padaczki, porażenia, stwardnienia rozsianego, miastonii, choroby Parkinsona lub choroby Alzheimer'a)	NIE
3.5 choroby układu moczopłciowego (wielotorbielatoowości nerek, przewlekłej niewydolności nerek, choroby leczonej dializami, obustronnej kamicy nerkowej lub przewlekłego zapalenia nerek)	NIE
3.6 choroby układu pokarmowego (przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub C, zapalenia trzustki, wrzodziejącego zapalenia jelit, choroby Crohna, marskości wątroby, stwardniającego zapalenia dróg żółciowych, przewlekłej niewydolności wątroby lub zwłóknienia wątroby)	NIE
3.7 choroby układu oddechowego (astmy oskrzelowej, sarkoidozy płuc lub obturacyjnej choroby płuc)	NIE
3.8 choroby genetycznej lub wady wrodzonej	NIE
4. Czy przyjmuje Pan/i leki lub przebywa pod stałą opieką lekarską w związku z jakąś chorobą przewlekłą, orzeczono w stosunku do Pana/i częściową, całkowitą niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnej egzystencji, orzeczono stopień niepełnosprawności lub przebywał/a Pan/i na zwolnieniu lekarskim przez okres co najmniej 30 dni (w okresie ostatnich 10 lat)?	NIE
5. Czy obecnie zamierza Pan/i zasięgać porady lekarskiej, poddać się leczeniu (w tym leczeniu szpitalnemu) lub oczekuje Pan/i na wyniki bądź wykonanie badań diagnostycznych?	NIE
6. Czy w ramach swoich obowiązków służbowych wykonuje Pan/i następujące czynności uznawane za niebezpieczne: pilotowanie maszyn powietrznych, praca pod ziemią, praca na wysokości, praca z bronią palną, praca z materiałami wybuchowymi lub radioaktywnymi, praca na morzu, praca na platformach wydobywczych, wspinaczka wysokogórska, nurkowanie, udział w wyścigach / rajdach samochodowych lub motocyklowych, praca w służbach specjalnych?	NIE
7. Czy uprawia Pan/i hobby lub sport uznawany za niebezpieczny: nurkowanie, wspinaczka wysokogórska, speleologia, sporty motorowe z udziałem w wyścigach lub rajdach, pilotowanie maszyn powietrznych, spadochroniarstwo, żeglarstwo oceaniczne, sporty walki?	NIE
8. Czy planuje Pan/i wyjazd (inny niż wyjazd turystyczny na okres do 1 miesiąca) w obszary uznawane za niebezpieczne (obszary objęte działaniami wojennymi, pustynie, dżungle, góry, obszary poza kręgiem polarnym)?	NIE
9. Czy Pana/i wniosek o ubezpieczenie na życie, wniosek o ubezpieczenie na wypadek niezdolności do pracy lub wniosek o ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania złożony w Sopockim Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA lub w innym zakładzie ubezpieczeń został odrzucony, odczeczony lub zmieniono Panu/i warunki ubezpieczenia?	NIE
10. Czy w okresie ostatnich 5 lat zdiagnozowano u Pana/i, znajdował/a się Pan/i w szpitalu, klinice lub pod kontrolą lekarza specjalisty w celu leczenia, monitorowania:	NIE
10.1 choroby słuchu lub wzroku (głuchota, jaska, istotna krótkowzroczność lub ślepota)	NIE
10.2 choroby mięśni, kości (z wyjątkiem złamań), więzadeł lub stawów (np. zapalenie kości, zapalenie stawów, dyskopatia lub następstwa nieszczęśliwych wypadków)	NIE
11. Czy regularnie spożywa Pan/i więcej niż 6 jednostek alkoholu dziennie (1 jednostka to np. 0,3 l piwa, 125 ml wina lub 1 kieliszek wódki)?	NIE
12. Czy pali Pan/i tytoń (papierosy, w tym elektroniczne, cygara lub fajkę)?	NIE
13. Czy przyjmował/a lub obecnie przyjmuje Pan/i narkotyki bez zalecenia lekarza?	NIE

Ankieta Global Doctors

1. Czy ubezpieczenie Global Doctors stanowi kontynuację ubezpieczenia Best Doctors lub Global Doctors, w ramach zawartej uprzednio umowy ubezpieczenia z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA i jednocześnie: w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors nie upłynęło 30 dni od daty zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach wcześniejszej umowy z ubezpieczeniem Best Doctors lub Global Doctors, i 2) nie będzie miała miejsca zmiana zakresu ubezpieczenia z Wariantu podstawowego we wcześniejszej umowie z ubezpieczeniem Best Doctors lub Global Doctors na Wariant rozszerzony we wnioskowanej umowie ubezpieczenia? (Uwaga! Wszystkie powyższe warunki muszą być spełnione łącznie!). Jednocześnie wyrażam zgodę, aby informacje dotyczące mojej osoby w tym mojego stanu zdrowia podane przeze mnie Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA przy zawieraniu wcześniejszej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem Best Doctors/Global Doctors w Kwestionariuszach oceny ryzyka/w Deklaracji zgody w części „Informacje o stanie zdrowia” mogły być wykorzystane przez STUnŻ ERGO Hestię SA w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia w zakresie obecnie wnioskowanej przeze mnie/zawieranej na mój rachunek umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniem Global Doctors.	NIE
1.1 Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/Pani lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:	NIE
nowotworem złośliwym, białaczką, chorobą Hodgkina, chłoniakiem, mięsakiem lub czerniakiem	NIE
chorobą krwi lub dziedzicznym niedoborem odporności wymagającym leczenia przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, wymagającym regularnego lub ciągłego leczenia innego niż tylko specjalna dieta (niedokrwistością aplastyczną, chłoniakiem, białaczką, szpiczakiem, zespołem mielodysplastycznym, niedokrwistością sierpowatokrwinkową, talasemią)	NIE
zmianami naczyniowymi lub zaburzeniami krążenia (udarem mózgu, przemijającym atakiem niedokrwiennym "TIA", krwotokiem mózgowym, zwężeniem tętnic szyjnych) zaburzeniami w obrębie naczyń krwionośnych mózgowia (malformacją naczyniową, tętniakiem, zakrzepem lub zatorem) w mózgu lub w strukturach otokomózgowych	NIE
postacią choroby serca (zawałem serca, chorobą niedokrwienną serca, zaburzeniami rytmu serca, z wyjątkiem sytuacji nie wymagających postępowania medycznego. wadami zastawek serca, szmerami serca lub gorączką reumatyczną, niewydolnością serca, powiększeniem serca lub kardiomiopatię); może Pan/Pani odpowiedzieć NIE, jeśli był/a / jest Pan/Pani leczony/a wyłącznie z powodu wysokiego ciśnienia krwi lub wysokiego poziomu cholesterolu	NIE
cukrzycą; w przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest kobieta może zostać udzielna odpowiedź "NIE", jeśli była/jest Pani leczona tylko na cukrzycę ciążową	NIE
przewlekłą niewydolnością nerek, chorobą leczoną dializami, marskością wątroby lub przewlekłą niewydolnością wątroby lub zwłóknieniem wątroby	NIE
1.2 Czy w ciągu ostatnich 10 lat zdiagnozowano u Pana/Pani lub prowadzono leczenie w związku z następującymi chorobami:	NIE
jakkolwiek ze zmian: zmianą przedrakową, guzem o granicznej złośliwości, dysplazją dużego stopnia, poziomem markeru nowotworowego we krwi (PSA) równym 4.0 ng/ml lub wyższym, nieprawidłowością w wymazie z szyjki macicy pod postacią zmiany śródplaskonabłonkowej (HSIL) dużego stopnia (CIN3 +; dużego stopnia dysplazja), nieprawidłowym obrazem mammografii (kategoria BI-RADS 3 lub wyższa), nadczynnością tarczycy, obecnością polipów w jelicie grubym, jelicie cienkim i / lub żołądku, znamieniem, które krwawi, stało się bolesne, zmieniło kolor lub powiększyło swój rozmiar; z wyłączeniem sytuacji w których leczenie zostało w pełni zakończone i nie wymaga dalszego postępowania medycznego	NIE
guzem, guzkiem, torbielą w mózgu lub w strukturach otokomózgowych	NIE
1.3 Czy u któregośkolwiek z Pana/Pani naturalnych rodziców lub rodzeństwa przed ich 50-ymi urodzinami, zdiagnozowano chorobę układu sercowo-naczyniowego (zawał serca, pomostowanie aortalno-wieńcowe lub udar mózgu), wielotorbielowatość nerek lub nowotwór złośliwy jelit, piersi, okrężnicy, jajnika, prostaty, trzustki lub nerek bądź czerniaka?	NIE
1.4 Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 6 miesięcy miał/a Pan/Pani utrzymujące się lub nawracające objawy, które nie zostały jeszcze zdiagnozowane/zgłoszone lekarzowi: guzek w piersi lub w jędrach, krwawienie z odbytu, krew w moczu, nietypowy kaszel, żółtaczkę, niewyjaśnioną utratę wagi, bóle głowy z rosnącą częstotliwością, zaburzenia widzenia (zamglenie / podwójne widzenie, niewyjaśniona utrata wzroku), niewyjaśnione ubytki słuchu, trudności z mową, osłabienie kończyn, napady padaczkowe, napady drgawkowe lub omdlenia lub nieprawidłowe wyniki badań laboratoryjnych krwi (morfologii krwi, kreatyniny, enzymów wątrobowych, markerów nowotworowych lub poziomu wapnia)?	NIE
1.5 Czy jest Pan/Pani w trakcie planowania lub czy umówił/a się na wizytę lekarską (ambulatoryjną lub w szpitalu), której celem jest omówienie, badanie, lub konsultacja w związku z objawami wymienionymi w powyższym pytaniu lub czy obecnie oczekuje Pan/Pani na wyniki jakichkolwiek badań, procedur medycznych lub analiz dotyczących tych nieprawidłowości?	NIE
1.6 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy była Pani umówiona na badanie rezonansem magnetycznym piersi (MRI)? W przypadku, gdy osobą ubezpieczaną jest mężczyzna prosimy zaznaczyć odpowiedź "NIE"	NIE
1.7 Czy przeszczepiono lub zalecono Panu /Pani przeszczep narządu lub czy obecnie znajduje się Pan/Pani na liście osób oczekujących na przeszczep narządu?	NIE

Dane lekarza (podanie poniższych informacji nie jest obowiązkowe)

1. Prosimy o podanie danych lekarza/y, z usług których Pan/i korzysta	
2. Od kiedy korzysta Pan/i z usług tego lekarza [rok]?	
3. Prosimy o podanie danych placówki medycznej	
4. Od kiedy korzysta Pan z usług tej placówki medycznej [rok]?	

Komentarz (pole nieobowiązkowe; przekazane w tym miejscu informacje znajdują się w treści polisy)

1. Komentarz	
--------------	--

Ankieta finansowa

Informacje o Ubezpieczonym - finanse

1. Roczne dochody netto [zł]

1.1 z pracy zawodowej	65 000
1.2 z pracy zawodowej	100 000

Oświadczenia i zgody do polisy nr **642000057946**

Ubezpieczający/Ubezpieczony

imię i nazwisko

PAWEŁ DALECKI, PESEL: 92041415097

Oświadczenia Ubezpieczonego będącego jednocześnie Ubezpieczającym

Informacja o skutkach podania informacji nieprawdziwych

Przyjmuję do wiadomości, że Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jej wiadomości lub które podano niezgodnie z prawdą oraz Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie może podnieść zarzut, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej, jeżeli do wypadku doszło przed upływem lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie (art. 815 §3 i art. 834 kodeksu cywilnego).

Oświadczenie o otrzymaniu i akceptacji OWU

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia/ wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową otrzymałem/am OWU, na podstawie których zawierana jest z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestii SA w Sopocie umowa ubezpieczenia oraz że zapoznałem/am się z ich treścią i w pełni je akceptuję.

☒ TAK ☐ NIE

Zgoda na to, aby oświadczenia składane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie stanowiły podstawę zawarcia umowy/objęcia ochroną

Oświadczam, że wszystkie oświadczenia złożone Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem stanowiły podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia/objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość.

☒ TAK ☐ NIE

Oświadczenie dotyczące dystrybucji

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor:

zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe

☒ TAK ☐ NIE

udostępnił mi dokument pełnomocnictwa udzielonego dystrybutorowi przez ubezpieczyciela oraz przekazał mi wymagane ustawą o dystrybucji informacje o dystrybutorze

☒ TAK ☐ NIE

przekazał mi w zrozumiałej formie, wymagane ustawą o dystrybucji obiektywne informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym.

☒ TAK ☐ NIE

Zgoda na udostępnianie danych innym zakładom ubezpieczeń

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie moich danych osobowych przetwarzanych przez nią moich danych osobowych 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 Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia.

☒ TAK ☐ NIE

Zgoda na udostępnianie Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie danych przez inne zakłady ubezpieczeń

Wyrażam zgodę na udostępnianie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie moich danych osobowych przetwarzanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń, w którym jestem, byłem(am) lub będę ubezpieczony/a bądź występowałem/am, występuję lub będę występował/a o ubezpieczenie w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podawanych przeze mnie danych, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie posiadanych przez każdy inny zakład ubezpieczeń informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia.

☒ TAK ☐ NIE

Zgoda na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowej

Zgadzam się na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowej od Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) przy użyciu podanych przeze mnie danych kontaktowych. Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia.

☐ TAK ☒ NIE

Zgoda na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji obsługowych

Wnoszę o przesyłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość, w tym środków komunikacji elektronicznej (telefon, e-mail, indywidualne konto internetowe udostępnione przez Ubezpieczyciela) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia.

☐ TAK ☒ NIE

Zgoda na udostępnienie danych Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług

Zgadzam się, aby moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia. Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia.

☐ TAK ☒ NIE

Oświadczenie o niezajmowaniu eksponowanego stanowiska politycznego

Oświadczam, że nie jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie o zmianie któregoś z ww statusów.

☒ TAK ☐ NIE