



GRUPA ERGO HESTIA

Numer Polisy:

Ubezpieczający: *nazwisko i imię, PESEL, dane kontaktowe*

Okres ubezpieczenia:	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia/suma gwarancyjna	Składka [zł]
	<i>informacja szczegółowa o zakresie produktowym</i>	<i>przypisana do ryzyka suma ubezpieczenia</i>	<i>wyliczona składka</i>
		Inne niżki	
	<i>informacja o zastosowanych niżkach</i>	<i>wysokość niżki</i>	

Składka RAZEM:

Ubezpieczony: Dane ubezpieczonego: *nazwisko i imię, PESEL, dane kontaktowe*
Dane współubezpieczonego: *nazwisko i imię, PESEL, dane kontaktowe*
Dane drugiego współubezpieczonego: *nazwisko i imię, PESEL, dane kontaktowe*

Przedmiot ubezpieczenia: *dane obiektu*

Płatność: Do zapłaty:
Nr konta:
Termin i kwota płatności: *przelew/gotówka*

Cesja: *dane cesjonariusza*

Informacje dodatkowe: W umowie ubezpieczenia zastosowanie mają Postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Mój Dom obowiązujących od 01.11.2014 r. Administratorem podanych danych osobowych jest Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA (ul. Hestii 1, 81-731 Sopot), dalej zwane Spółką. Zostałem/am poinformowany/na, że podanie przeze mnie danych określonych w niniejszym wniosku jest dobrowolne, jednakże wymagane dla zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że przysługuje mi prawo dostępu do treści tych danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych niż wywiązanie się z umowy ubezpieczenia oraz dla wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów, którymi są w szczególności: marketing bezpośredni własnych produktów i usług oraz dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody. Dane pobierane są na podstawie: art. 23 ust. 1 pkt 3) i pkt 5) ustawy o ochronie danych osobowych i art. 815 Kodeksu cywilnego.

Oświadczam że:

1. Zostało mi okazane i zapoznałem/am się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Spółki.
2. Przed zawarciem umowy otrzymałem/am treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, będących podstawą zawarcia umowy oraz zapoznałem/am się z nimi i akceptuję ich treść oraz zapoznałem się z załącznikiem do umowy ubezpieczenia, zawierającym zasady składania i rozpatrywania reklamacji.
3. Podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i podane zostały według mojej najlepszej wiedzy.
4. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję uprawnienie Spółki, iż w przypadku płatności składki w ratach, nieopłacenia kolejnej raty składki w terminie wyznaczonym przez Spółkę powoduje, że z dniem upływu tego terminu wymagalne stają się wszystkie kolejne raty składki.

Data zawarcia umowy ubezpieczenia:
Miejsce zawarcia umowy ubezpieczenia:

Podpis Ubezpieczającego:

Podpis Pośrednika: