

- Imię i Nazwisko współpracownika Platformy _____
Imię i Nazwisko ubezpieczonego _____
- Wybrany wariant ubezpieczenia: 1. 31 zł 2. 35 zł 3. 40 zł 4. 44 zł 5. 48 zł 6. 52 zł 7. 55 zł 8. 59 zł
- Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 (pięciu) lat :
A – nie zdiagnozowano u mnie oraz małżonka 1. Nowotworu 2. Zawału serca lub udaru mózgu
B- zdiagnozowano u mnie oraz małżonka 1. Nowotwór 2. Zawał serca lub udar mózgu
- Oświadczam, że poinformowano mnie o zapisie § 4 punkt 5 umowy ubezpieczenia tj. „W okresie 12 miesięcy od daty objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz zgonu małżonka, jeżeli zdarzenie to było spowodowane chorobą leczoną, zdiagnozowaną lub której objawy występowały w okresie 24 miesięcy przed datą objęcia ochroną Ubezpieczonego”.
- Oświadczam, że poinformowano mnie o następujących okresach karencji (braku odpowiedzialności Towarzystwa: leczenie szpitalne spowodowane chorobą (3 miesiące), poważne zachorowanie (3 miesiące), zgon ubezpieczonego (6 miesięcy), zgon współmałżonka (6 miesięcy), zgon rodzica/teścia (6 miesięcy), zgon dziecka (6 miesięcy), osierocenie dziecka (6 miesięcy), urodzenie się dziecka (10 miesięcy), urodzenie się martwego noworodka (10 miesięcy), operacje (6 miesięcy)
- Oświadczam, że otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia STU Ergo Hestia SA i wyrażam zgodę na przechowywanie certyfikatu potwierdzającego przystąpienie do umowy ubezpieczenia w polisie P07724, P08479 przetwarzanie moich danych osobowych przez Platformę Ubezpieczeniową BENEFIT S.C. oraz zmianę Towarzystwa Ubezpieczeniowego bądź zakresu ubezpieczenia jeżeli STU Ergo Hestia SA poinformuje Ubezpieczającego o takiej konieczności ze względu na wzrost poziomu wypłaconych świadczeń z powyższych polis ubezpieczenia.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany, że w przypadku nie opłacenia dwóch kolejnych składek za ubezpieczenie Benefit Rodzina, ubezpieczający ma prawo do wykreślenia mnie z listy osób objętych ubezpieczeniem. Ubezpieczający nie jest zobowiązany do pisemnego informowania ubezpieczonego o fakcie wykreślenia go z listy ubezpieczonych.
- **Obowiązkowo informuję Platformę Ubezpieczeniową BENEFIT s.c o każdej zmianie kontaktowego numeru telefonu oraz adresu do korespondencji**
- Składkę należy przekazać na numer rachunku: **Alior Bank 20 2490 0005 0000 4530 9383 2090** (składkę opłacamy za dwa pierwsze miesiące z góry **w wysokości: w zależności od wybranego wariantu 62, 70, 80, 88, 96, 104, 110, 118 zł** do 10 dnia miesiąca.

Data,

podpis ubezpieczonego**Platforma Ubezpieczeniowa BENEFIT s.c.**

Imię i Nazwisko ubezpieczonego _____

- Wybrany wariant ubezpieczenia: 1. 31 zł 2. 35 zł 3. 40 zł 4. 44 zł 5. 48 zł 6. 52 zł 7. 55 zł 8. 59 zł
- Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 (pięciu) lat :
A – nie zdiagnozowano u mnie oraz małżonka 1. Nowotworu 2. Zawału serca lub udaru mózgu
B- zdiagnozowano u mnie oraz małżonka 1. Nowotwór 2. Zawał serca lub udar mózgu
- Oświadczam, że poinformowano mnie o zapisie § 4 punkt 5 umowy ubezpieczenia tj. „W okresie 12 miesięcy od daty objęcia osoby ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz zgonu małżonka, jeżeli zdarzenie to było spowodowane chorobą leczoną, zdiagnozowaną lub której objawy występowały w okresie 24 miesięcy przed datą objęcia ochroną Ubezpieczonego”.
- Oświadczam, że poinformowano mnie o następujących okresach karencji (braku odpowiedzialności Towarzystwa: leczenie szpitalne spowodowane chorobą (3 miesiące), poważne zachorowanie (3 miesiące), zgon ubezpieczonego (6 miesięcy), zgon współmałżonka (6 miesięcy), zgon rodzica/teścia (6 miesięcy), zgon dziecka (6 miesięcy), osierocenie dziecka (6 miesięcy), urodzenie się dziecka (10 miesięcy), urodzenie się martwego noworodka (10 miesięcy), operacje (6 miesięcy)
- Oświadczam, że Otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia STU Ergo Hestia SA i wyrażam zgodę na przechowywanie certyfikatu potwierdzającego przystąpienie do umowy ubezpieczenia w polisie P07724, P08479 przetwarzanie moich danych osobowych przez Platformę Ubezpieczeniową BENEFIT S.C. oraz zmianę Towarzystwa Ubezpieczeniowego bądź zakresu ubezpieczenia jeżeli STU Ergo Hestia SA poinformuje Ubezpieczającego o takiej konieczności ze względu na wzrost poziomu wypłaconych świadczeń z powyższych polis ubezpieczenia.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany, że w przypadku nie opłacenia dwóch kolejnych składek za ubezpieczenie Benefit Rodzina, ubezpieczający ma prawo do wykreślenia mnie z listy osób objętych ubezpieczeniem. Ubezpieczający nie jest zobowiązany do pisemnego informowania ubezpieczonego o fakcie wykreślenia go z listy ubezpieczonych.
- **Obowiązkowo informuję Platformę Ubezpieczeniową BENEFIT s.c o każdej zmianie kontaktowego numeru telefonu oraz adresu do korespondencji**
- Składkę należy przekazać na numer rachunku: **Alior Bank 20 2490 0005 0000 4530 9383 2090** (składkę za dwa pierwsze miesiące z góry **w wysokości: w zależności od wybranego wariantu 62, 70, 80, 88, 96, 104, 110, 118 zł** do 10 dnia miesiąca.

Data,

podpis ubezpieczonego