



**Ubezpieczony (3)**

Imię i Nazwisko	
PESEL (data urodzenia w przypadku braku PESEL)	
Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i mieszkania, kraj)	
Adres korespondencyjny (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i mieszkania, kraj)	

**Ubezpieczony (4)**

Imię i Nazwisko	
PESEL (data urodzenia w przypadku braku PESEL)	
Adres zamieszkania (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i mieszkania, kraj)	
Adres korespondencyjny (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu i mieszkania, kraj)	

**Dane o umowie ubezpieczenia:**

Produkt dedykowany jest dla osób, które:

1. posiadają lub są zainteresowane produktem oferowanym przez Bank Millennium S.A. – Konto 360°, Konto Millennium 360°, Konto Prestige World oraz
2. są zainteresowane powiązaniem z nim produktem ubezpieczeniowym o praktycznym i szerokim zakresie usług assistance oraz
3. chcą skorzystać z pomocy specjalistów w razie awarii sprzętu RTV/AGD/PC lub pomocy medycznej dla siebie lub swojego dziecka (do lat 16) w przypadku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania.

**Zakres ubezpieczenia i suma ubezpieczenia:**

Świadczenia assistance	Suma ubezpieczenia i limity
Assistance medyczny	zgodnie z § 7 - 8 OWU
Assistance domowy	zgodnie z § 7 i 9 OWU

**Okres ubezpieczenia i naszej odpowiedzialności:**

Okres ubezpieczenia	zgodnie z § 5 OWU
Okres odpowiedzialności	zgodnie z § 5 OWU

**Składka ubezpieczeniowa**

Wysokość składki	9,00 PLN
Termin zapłaty składki	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia - z tytułu pierwszego okresu odpowiedzialności;</li> <li>2) do ostatniego dnia każdego miesiąca kalendarzowego płatna z góry za kolejny miesięczny okres odpowiedzialności. Jeżeli termin zapłaty składki przypada na dzień wolny od pracy, składka powinna być zapłacona w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym dzień wolny od pracy.</li> </ol>

**Potwierdzenie informacji uzyskanych od ubezpieczającego celem zdefiniowania jego potrzeb i wymagań w zakresie ochrony ubezpieczeniowej:**

Przed przedstawieniem mi oferty ubezpieczeniowej przekazałem informacje, o jakie agent pytał celem określenia moich potrzeb i wymagań w zakresie ubezpieczeń obejmujące m.in:

- wizytę lekarza lub pielęgniarki w razie nagłego zachorowania, nieszczęśliwego wypadku mojego lub dziecka (do lat 16), a w przypadku hospitalizacji pomoc domową lub wsparcie w okresie rekonwalescencji;
- pomoc np. elektryka, hydraulika, ślusarza czy malarza w przypadku zalania, pożaru lub innego zdarzenia losowego;
- pomoc specjalisty w przypadku awarii sprzętu RTV/AGD lub PC.

Jednocześnie poinformowano mnie, że z pomocy medycznej oraz domowej można korzystać pod adresem wskazanym jako miejsce ubezpieczenia na terenie RP.

Istnieją limity oraz sytuacje, w których ubezpieczyciel może odmówić realizacji pomocy, które zostały szczegółowo opisane w OWU.

Koszt takiego ubezpieczenia wynosi 9 zł miesięcznie. Składka ta będzie pobierana z mojego rachunku bankowego.

W okresie ubezpieczenia można skorzystać z pomocy 8 razy. Okres ubezpieczenia i limit dostępnych świadczeń odnowią się bez zmiany wysokości składki, na warunkach opisanych w OWU. Istnieje możliwość rezygnacji z ubezpieczenia w dowolnej chwili.

TAK

NIE

**Oświadczenia i zgody złożone przez ubezpieczającego/ubezpieczonego:**

1. Oświadczam, że przy pierwszej czynności agencji udostępniono mi pełnomocnictwo agenta, a w przypadku zawarcia umowy pisemnie lub za pośrednictwem infolinii agenta także upoważnienie pracownika wykonującego czynności agencji do działania w imieniu agenta.
2. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia OWU, Karta produktu oraz Dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym zostały mi doręczone, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem serwisu internetowego lub infolinii agenta zostały mi udostępnione i że się z nimi zapoznałem(am).
3. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie - Karcie Informacyjnej RODO.
4. Zrozumiałem(am) i akceptuję OWU, w szczególności zakres oraz limity dla świadczeń assistance oraz wysokość składki, a także wyłączenia odpowiedzialności TU Europa S.A.
5. Upoważniam TU Europa S.A. do udzielania Bankowi Millennium S.A. informacji związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia, w tym okresu jej obowiązywania.
6. W przypadku zawarcia przeze mnie umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek oświadczam, że przed przystąpieniem osoby zainteresowanej do umowy ubezpieczenia doręczyłem(am) jej OWU i Kartę Informacyjną RODO.
7. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że:
  - a) ubezpieczeniem objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, jakie zostały określone w OWU, które zaszły w okresie odpowiedzialności TU Europa S.A. i których przyczyny zaistniały w okresie odpowiedzialności,
  - b) ciąży na mnie obowiązek poinformowania TU Europa S.A. o każdej zmianie danych podanych do umowy, w tym w szczególności miejsca ubezpieczenia,
  - c) zostałem(am) poinformowany(a), że zgodnie z OWU ubezpieczonymi są wszyscy posiadacze konta w Banku Millennium S.A.
8. Oświadczam, że:
  - a) zostałem(am) poinformowany(a) i akceptuję, że umowa ubezpieczenia może być kontynuowana przez kolejne następujące po sobie okresy ubezpieczenia, zgodnie z OWU i na niezmienionych warunkach o ile przedłużenie okresu ubezpieczenia na podstawie OWU jest dalej oferowane przez nas za pośrednictwem agenta,
  - b) w przypadku zaprzestania przez ubezpieczyciela oferowania przedłużenia okresu ubezpieczenia na podstawie OWU za pośrednictwem agenta, ubezpieczyciel informuje mnie o tym pisemnie lub w innej uzgodnionej ze mną formie, nie później niż na 60 dni przed zakończeniem bieżącego okresu ubezpieczenia.
  - c) wyrażam wolę przedłużania okresu ubezpieczenia na kolejne następujące po sobie 12 -miesięczne okresy na niezmienionych warunkach, jednak nie dłużej niż do końca trwania umowy o konto o ile wcześniej nie zrezygnuję z ubezpieczenia.
9. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy umowa została zawarta za pomocą środków porozumiewania się na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub poprzez rozmowę telefoniczną), termin na odstąpienie od umowy ubezpieczenia wynosi 30 dni od dnia, w którym ubezpieczyciel poinformował ubezpieczającego o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 Ustawy o prawach konsumenta z dnia 30 maja 2014 r., jeżeli jest to termin późniejszy.
10. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem serwisu internetowego lub infolinii agenta wyrażam zgodę na

rozpoczęcie świadczenia ochrony przed upływem okresu na odstąpienie od umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), iż z uwagi na rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej przed upływem terminu na odstąpienie od umowy ubezpieczenia TU Europa S.A. może żądać zapłaty składki za usługę rzeczywiście wykonaną.

11. Po zapoznaniu się z oferowanym zakresem ochrony ubezpieczeniowej wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU.

**<\*Czy oświadcza Pan/Pani, że zapoznał/a się z treścią oświadczeń wymienionych w udostępnionym przez agenta wniosku i akceptuje Pan/Pani oświadczenia w nim zawarte, tym samym decyduje się na zawarcie umowy ubezpieczenia?**

TAK

NIE

**\* Odpowiedź „TAK” jest niezbędna do zawarcia umowy ubezpieczenia.**

**Adnotacja agenta:**

Potwierdzam, że, na podstawie informacji otrzymanych od ubezpieczającego, dokonałem analizy jego potrzeb i wymagań w zakresie ochrony ubezpieczeniowej oraz że proponowana umowa ubezpieczenia jest zgodna z ww. potrzebami i wymaganiami.

Nazwisko	
Imię	
Numer identyfikacyjny pracownika (X-nuc)	
Data potwierdzenia poprawności danych zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia	-  -   dd – mm - rrrr

<  
Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

	..... podpis ubezpieczającego/ubezpieczonego (1)
--	---

>  
**Adnotacja agenta:**

- Potwierdzam, że, na podstawie informacji otrzymanych od ubezpieczającego, dokonałem analizy jego potrzeb i wymagań w zakresie ochrony ubezpieczeniowej oraz że proponowana umowa ubezpieczenia jest zgodna z ww. potrzebami i wymaganiami.
- Stwierdzam zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdzam własnoręczność złożonego przez ubezpieczającego podpisu.

Nazwisko	
Imię	
Numer Identyfikacyjny pracownika (X-nuc)	
-  -   dd – mm - rrrr Data potwierdzenia poprawności danych zawartych we wniosku o zawarcie umowy	..... podpis OFWCA

