Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia / Polisa

Data zawarcia Umowy Ubezpieczenia: |__|__|–|__|__|–|__|__|__|__|
Polisa Seria i Numer: MILLASS/…….

Dane Ubezpieczyciela:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Europa Spółka Akcyjna (dalej: TU Europa S.A.) z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław wpisane do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000002736, NIP 895-10-07-276, REGON 272324625, o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w całości 37 800 000 zł, posiadające zezwolenie Ministra Finansów z dnia 7 listopada 1994 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej.

Dane Agenta:

Bank Millennium Spółka Akcyjna (dalej: Agent) z siedzibą w Warszawie, ul. Stanisława Żaryna 2A, 02-593 Warszawa, wpisany pod nr KRS 0000010186 do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, o numerze identyfikacji podatkowej NIP - 526-021-29-31, REGON: 001379728, o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w całości 1 213 116 777 zł.

Dane Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego 1

Nazwisko						
Imię						
Pesel	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)	|__|__|–|__|__|–|__|__|__|__| dd –mm-rrrr		
Adres zamieszkania	Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
	Kod		Miejscowość			
Adres do korespondencji	Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
	Kod		Miejscowość			
Seria i nr dokumentu tożsamości			Rodzaj dokumentu tożsamości			
Telefon kontaktowy						

Dane Ubezpieczonego 2

Nazwisko						
Imię						
Pesel	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)	|__|__|–|__|__|–|__|__|__|__| dd –mm-rrrr		
Adres zamieszkania	Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
	Kod		Miejscowość			
Adres do korespondencji	Ulica		Nr domu		Nr lokalu	

	Kod		Miejscowość	
Seria i nr dokumentu tożsamości			Rodzaj dokumentu tożsamości	
Telefon kontaktowy				

Dane o ubezpieczeniu

Zakres i suma ubezpieczenia

Ryzyko	Suma ubezpieczenia
Assistance Medyczny	Zgodnie z § 3, § 10-12 OWU
Assistance Domowy	Zgodnie z § 3. § 10-12 OWU

Okres ubezpieczenia:

Okres ubezpieczenia zgodnie z § 5 O**WU ”Pakiet Bardzo Pomocny”**

Okres odpowiedzialności:

Okres odpowiedzialności zgodnie z § 5 **OWU „Pakiet Bardzo Pomocny”**

Składka ubezpieczeniowa

Wysokość składki ubezpieczeniowej: Assistance Medyczny	2,49 PLN
Wysokość składki ubezpieczeniowej: Assistance Domowy	2,49 PLN
składka za Pakiet	4,98 PLN
Termin zapłaty składki	Do ostatniego dnia każdego miesiąca kalendarzowego za Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym została opłacona składka.

Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą pod warunkiem:

a) potwierdzenia przez Agenta w imieniu Ubezpieczyciela zgodności danych na wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, który stanowi integralną część Polisy oraz

b) opłacenia pierwszej składki przez Ubezpieczającego.

Oświadczenia Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego

1. Oświadczam, że **przed zawarciem Umowy Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Bardzo Pomocny”** zostały mi doręczone i że się z nimi zapoznałem(am).
2. Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że:
   1) ubezpieczeniem objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, jakie zostały określone w OWU, które zaszły w Okresie odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń Europa S.A. i których przyczyny zaistniały w Okresie odpowiedzialności,
   2) administratorem moich danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu, przy ul. Gwiaździstej 62, 53-413 Wrocław,
   3) moje dane osobowe przetwarzane będą w związku z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową i realizacją Umowy ubezpieczenia na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Pakiet Bardzo Pomocny”,
   4) przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
   5) podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.,
   6) ciąży na mnie obowiązek poinformowania Towarzystwa Ubezpieczeń Europa S.A. o każdej zmianie podanych danych osobowych i adresu poprzez złożenie w Towarzystwie Ubezpieczeń Europa S.A. lub za pośrednictwem Agenta oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.
   7) Zostałem(am) poinformowany(a), że zgodnie z § 2 ust. 25 OWU ubezpieczonymi są wszyscy Posiadacze Konta w Banku Millennium S.A.

3. Zrozumiałem(am) i akceptuję Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Bardzo Pomocny”, w szczególności zakres świadczeń oraz wysokości sum ubezpieczenia i składek, a także wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Przyjmuję do wiadomości zasady ustalania początku odpowiedzialności oraz karencji określone w ww. Ogólnych Warunkach i wyrażam zgodę na ich stosowanie.
4. Wyrażam zgodę na kontynuację ubezpieczenia na kolejne Okresy ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do końca trwania umowy o Konto.
5. Na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (t.j.: Dz. U. z 2015 r., poz. 128) upoważniam Agenta do przekazania Towarzystwu Ubezpieczeń Europa S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Gwiaździsta 62, 53-413 Wrocław oraz podmiotowi współpracującemu z Towarzystwem Ubezpieczeń Europa S.A. uczestniczącemu w wykonaniu umowy ubezpieczenia Europ Assistance Polska Sp. z o.o. ul. Wołoska 5, 02-675 Warszawa, wszelkich informacji objętych tajemnicą bankową, w tym moich danych osobowych, uzyskanych przez Agenta w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.	
|__|__|–|__|__|–|__|__|__|__| dd –mm-rrrr data złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia	..... podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego1

Adnotacja Agenta

Stwierdziłem zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdziłem własnoręczność złożonego podpisu.	
Nazwisko	
Imię	
Numer Identyfikacyjny Pracownika Banku	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
| | |–| | |–| | | | | dd –mm-rrrr data złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia	..... podpis OFWCA