

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

na podstawie **WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POŻYCZKA POD OCHRONĄ WARIANT 1**

(dalej: **WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1**)

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, na podstawie niniejszego wniosku niezbędne jest szczegółowe zapoznanie się z jego treścią.

Ubezpieczyciel – czyli My

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. (dalej: **TU na Życie Europa S.A.**), z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Generała Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław wpisane do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000092396, NIP 895-17-65-137, REGON 932716961, o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w całości 307 200 000 zł, posiadające zezwolenie Ministra Finansów z dnia 17 stycznia 2002 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk: zgonu ubezpieczonego, poważnego zachorowania ubezpieczonego, drugiej opinii medycznej posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych oraz

Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A. (dalej: **TU Europa S.A.**), z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Generała Władysława Sikorskiego 26, 53-659 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 w zakresie ryzyk: hospitalizacji ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku, czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego, utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów, ryzyka inwalidztwa lub poniesienia kosztów rehabilitacji lub poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych.

Agent – czyli dystrybutor ubezpieczeń, który w ramach współpracy wykonuje w naszym imieniu i na naszą rzecz czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego

BANK MILLENNIUM S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Stanisława Żaryna 2a, 02-593 Warszawa wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000010186, NIP: 526-021-29-31 o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w wysokości 1 213 116 777 zł, wpisany do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod numerem 11162860/A oraz

Europa Millennium Financial Services sp. z o.o., z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Generała Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000940751, NIP: 527- 29-82-066 o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w wysokości 100 000 zł, wpisany do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod numerem 11256036/A

Ubezpieczający – czyli osoba zawierająca umowę ubezpieczenia

Ubezpieczony (1) - czyli osoba, która podlega ochronie ubezpieczeniowej

Imię i Nazwisko	
PESEL (data urodzenia w przypadku braku PESEL)	
Obywatelstwo	
Adres do korespondencji – kod, miasto, ulica, nr domu	
Telefon kontaktowy	
Seria i nr dowodu osobistego (paszportu dla obcokrajowców)	

Dane o ubezpieczeniu

Grupa docelowa, czyli dla kogo jest ten produkt

Produkt dedykowany jest dla osób, które w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:

- zawarły bankiem umowę pożyczki,
- nie ukończyły 65 roku życia i
- są zainteresowane ochroną ubezpieczeniową w związku z zawarciem przez nich umowy pożyczki, która:
 - o poza zabezpieczeniem spłaty zadłużenia w przypadku śmierci lub poważnego zachorowania zapewni także dodatkowe wsparcie finansowe dla ubezpieczonego lub jego bliskich w postaci nadwyżki świadczenia ubezpieczeniowego ponad kwotę aktualnego zadłużenia oraz dodatkowo:
 - o zapewni wsparcie finansowe ubezpieczonego w okresie spłaty zobowiązania z tytułu umowy pożyczki na wypadek:
 - hospitalizacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą oraz w przypadku
 - utraty stałych źródeł dochodów lub brak możliwości podjęcia pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy albo inwalidztwa i/lub poniesienia kosztów rehabilitacji lub nabycia sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego - w zależności od ich aktualnego statusu aktywności zawodowej,
 - o umożliwia zdalną weryfikację uzyskanej diagnozy choroby w światowym ośrodku medycznym.



Zakres i suma ubezpieczenia

zdarzenie ubezpieczeniowe	suma ubezpieczenia
śmierć ubezpieczonego	Zgodnie z § 12 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1
poważne zachorowanie ubezpieczonego	Zgodnie z § 13 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1
hospitalizacja ubezpieczonego	Zgodnie z § 14 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1
zdarzenie medyczne ubezpieczonego uprawniające do drugiej opinii medycznej;	Zgodnie z § 15 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1
jednego z dwóch ryzyk zastępowalnych: a) czasowej niezdolności do pracy albo b) inwalidztwa lub poniesienia kosztów rehabilitacji lub poniesienia kosztów sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego zwane łącznie ubezpieczeniem wypadku ubezpieczonego Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy oraz ubezpieczenia wypadku nigdy nie jest świadczona jednocześnie. Warunki obejmowania ochroną w zakresie ryzyk zastępowalnych określone są w § 3 ust. 3 i § 4 ust 6-7 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1.	Zgodnie z § 16 -17 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1
jednego z dwóch ryzyk zastępowalnych: a) utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów albo b) śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów oraz śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nigdy nie jest świadczona jednocześnie. Warunki obejmowania ochroną w zakresie ryzyk zastępowalnych określone są w § 3 ust. 3 i § 4 ust 6-7 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1.	Zgodnie z § 18 -19 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1



Okres ubezpieczenia i naszej odpowiedzialności

Okres ubezpieczenia	Zgodnie z § 5 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1
Okres odpowiedzialności	Zgodnie z § 5- 6 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1



Składka ubezpieczeniowa

Częstotliwość opłacenia składki:	JEDNORAZOWA
Łączna składka jednorazowa w wysokości:	złotych
Termin zapłaty składki:	Najpóźniej dzień po uruchomieniu pożyczki lub jej pierwszej transzy



Oświadczenia ubezpieczającego/ubezpieczonego

Potwierdzenie potrzeb i wymagań ubezpieczającego w zakresie ochrony ubezpieczeniowej badanych przed zaproponowaniem umowy ubezpieczenia:

I. Potwierdzam, że poszukuję ochrony ubezpieczeniowej:

- na wypadek śmierci lub poważnego zachorowania, która zapewni spłatę zadłużenia z tytułu umowy pożyczki oraz dodatkowo będzie stanowiła wsparcie finansowe dla moich bliskich w postaci nadwyżki świadczenia ubezpieczeniowego ponad kwotę aktualnego zadłużenia
- na wypadek hospitalizacji w związku z nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą, która zapewni wsparcie finansowe przy regulowaniu bieżących zobowiązań z tytułu umowy pożyczki
- która daje możliwość zdalnej weryfikacji uzyskanej diagnozy choroby w światowym ośrodku medycznym

i jestem zainteresowany/a ofertą ubezpieczeniową dostępną za pośrednictwem banku

- ☐ TAK
☐ NIE

II. Potwierdzam, że poszukuję ochrony ubezpieczeniowej zależnej od mojego statusu aktywności zawodowej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:

- w przypadku osób aktywnych zawodowo: ochrony ubezpieczeniowej na wypadek utraty stałych źródeł dochodów lub braku możliwości podjęcia pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy, albo
- w przypadku osób, które nie są aktywne zawodowo: ochrony następstw nieszczęśliwego wypadku takich jak inwalidztwo, poniesienie kosztów rehabilitacji lub sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- ☐ TAK
☐ NIE

III. Potwierdzam, że akceptuję wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela związane z odpowiedziami udzielonymi na pytania dotyczące stanu zdrowia

- ☐ TAK
☐ NIE

IV. Potwierdzam, że akceptuję koszt ubezpieczenia – 3,10 zł miesięcznie za każde pożyczone 1000 zł przez cały okres trwania pożyczki

- ☐ TAK
☐ NIE

Ubezpieczający / Ubezpieczony (1)

1A. Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że obecnie jak i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie choruję ani nie chorowałem(-am) na którąkolwiek z poniższych chorób, ani nie rozpoczęto u mnie postępowania diagnostycznego związanego z którąkolwiek z wymienionych poniżej chorób:

- | | |
|---|--|
| 1) choroba nadciśnieniowa (nadciśnienie tętnicze) | 7) nowotwór złośliwy |
| 2) choroba niedokrwienna serca | 8) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) |
| 3) cukrzyca | 9) udar mózgu |
| 4) marskość wątroby | 10) choroba Parkinsona |
| 5) miażdżyca | 11) guz mózgu |
| 6) niewydolność nerek | 12) sepsa |

☐ TAK (potwierdzam prawdziwość powyższego Oświadczenia o stanie zdrowia)

☐ NIE* (powyższe Oświadczenie o stanie zdrowia nie jest prawdziwe)

*jeżeli w Oświadczeniu o stanie zdrowia udzielono odpowiedzi „NIE” uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej Ankiety medycznej.

1.B. Ankieta medyczna

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy choruje lub chorował(a) Pan/Pani na którąkolwiek z poniższych chorób, lub rozpoczęto u Pana/Pani postępowanie diagnostyczne związane z którąkolwiek z poniższych chorób?

- | | |
|---|---|
| 1) choroba nadciśnieniowa (nadciśnienie tętnicze) | ☐ TAK ☐ NIE |
| 2) choroba niedokrwienna serca | ☐ TAK ☐ NIE |
| 3) cukrzyca | ☐ TAK ☐ NIE |
| 4) marskość wątroby | ☐ TAK ☐ NIE |
| 5) miażdżyca | ☐ TAK ☐ NIE |
| 6) niewydolność nerek | ☐ TAK ☐ NIE |
| 7) nowotwór złośliwy | ☐ TAK ☐ NIE |
| 8) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) | ☐ TAK ☐ NIE |
| 9) udar mózgu | ☐ TAK ☐ NIE |
| 10) choroba Parkinsona | ☐ TAK ☐ NIE |
| 11) guz mózgu | ☐ TAK ☐ NIE |
| 12) sepsa | ☐ TAK ☐ NIE |

✓ Zgody/oświadczenia wyrażone przez ubezpieczającego/ubezpieczonego:

☐ Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego lub poważnego zachorowania doszło:

- 1) w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia:
- w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami wskazaną/wskazanymi przez ubezpieczonego w ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,

lub

- 2) w ciągu 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami, o które pytaliśmy, a które ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia lub ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości opłaconej składki ubezpieczeniowej przypadającej na ubezpieczonego tj. kwoty opłaconej składki ubezpieczeniowej podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.

Ponadto przyjmuję do wiadomości, że zajęcie powyższych okoliczności w odniesieniu do zdarzeń ubezpieczeniowych w postaci hospitalizacji ubezpieczonego oraz ryzyk zastępowalnych będzie skutkowało odmową wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

☐ Upoważniam TU na Życie Europa S.A. oraz TU Europa S.A. do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), przebiegu mojego leczenia związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa. W przypadku zgłoszenia roszczenia, deklaruję przedłożenie tego upoważnienia również w formie

pisemnej.

- ☐ Upoważniam TU na Życie Europa S.A. oraz TU Europa S.A. do pozyskania 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. W przypadku zgłoszenia roszczenia, deklaruje przedłożenie tego upoważnienia również w formie pisemnej.
- ☐ Oświadczam, że przy pierwszej czynności agencyjnej udostępniono mi pełnomocnictwo agenta wystawione przez TU na Życie Europa S.A. i TU Europa S.A. i upoważnienie pracownika wykonującego czynności agencyjne do działania w imieniu agenta.
- ☐ Przed zawarciem umowy ubezpieczenia zapoznałem(am) się z udostępnionymi mi WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1, Kartą Produktu oraz Dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym, przyjmuje do wiadomości ich treść oraz uznaję ich wiążący charakter, w szczególności zakres świadczeń oraz wysokości sum ubezpieczenia i składek, a także wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczycieli, jak również wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1, w tym w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia.
- ☐ Oświadczam, iż świadomie decyduję o zawarciu proponowanej umowy ubezpieczenia i wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 1.
- ☐ Oświadczam, że zapoznałem(am) się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie – Karcie informacyjnej RODO, która stanowi załącznik do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- ☐ Upoważniam Bank Millennium S. A. z siedzibą w Warszawie do przekazywania TU na Życie Europa S.A. oraz TU Europa S.A. informacji stanowiących tajemnicę bankową – w zakresie i celu niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia.
- ☐ Upoważniam Bank Millennium S. A. z siedzibą w Warszawie do przekazywania Europa Millennium Financial Services sp. z o.o. informacji stanowiących tajemnicę bankową – w zakresie i celu niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia.
- ☐ Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia otrzymania potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.

Oświadczenia wyrażone przez ubezpieczającego

- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że Ubezpieczyciel na podstawie 34 ust. 5 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. 2018, poz. 723), ma prawo badania i aktualizowania informacji o źródłach pochodzenia wartości majątkowych ubezpieczającego oraz żądania dodatkowych dokumentów w tym zakresie w celu stosowania środka bezpieczeństwa finansowego z art. 34 ust. 1 pkt 4) ww. Ustawy.
- ☐ Będąc świadomy odpowiedzialności kamej za złożenie fałszywego oświadczenia, zgodnie z art. 46 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oświadczam, że **nie należę do grupy osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne (dalej: PEP)**. Zobowiązuję się do aktualizacji swoich danych, w tym danych PEP w przypadku zmiany okoliczności i w razie konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji ich wiarygodności tego oświadczenia

***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

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



Wskazanie uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego oraz cesja

(Sekcja ma zastosowanie w przypadku, gdy ubezpieczający i ubezpieczeni potwierdzają dokonanie cesji na Bank Millennium S.A. oraz gdy uprawnionym do świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia ma być Bank Millennium S.A.)

W celu zabezpieczenia wierzytelności z tytułu umowy pożyczki <.....> z dnia

- 1) ubezpieczający i ubezpieczeni potwierdzają dokonanie przelewu wierzytelności z umowy ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia:
 - a. na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego - do wysokości salda zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b. na wypadek hospitalizacji ubezpieczonego,
 - c. na wypadek czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego albo wypadku ubezpieczonego w zakresie ryzyka inwalidztwa,
 - d. na wypadek utraty przez ubezpieczonego stałych źródeł dochodów
 na Bank Millennium S.A. z siedzibą w Warszawie zgodnie z zawartą umową cesji oraz
- 2) za zgodą ubezpieczonych wyrażoną w tym wniosku, ubezpieczający wskazuje Bank Millennium S.A. z siedzibą w Warszawie jako uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci /lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku któregośkolwiek z ubezpieczonych, do wysokości salda zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Saldo zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi kwota w łącznej wysokości:

- 1) kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki
- 2) zaległych rat kapitałowo – odsetkowych wynikającej z obowiązującego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramu spłaty pożyczki

- 3) odsetek umownych od zadłużenia nieprzeterminowanego należnych bankowi zgodnie z umowa pożyczki według stanu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 4) odsetek od zadłużenia przeterminowanego należnych bankowi zgodnie z umowa pożyczki według stanu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

Czy akceptuje Pan/Pani powyższe oświadczenia?

☐ TAK ☐ NIE

Data wskazania uprawnionego

++++++
dd-mm-rrrr

WZOR

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

na podstawie **WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POŻYCZKA POD OCHRONĄ WARIANT 2**

(dalej: **WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2**)

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, na podstawie niniejszego wniosku niezbędne jest szczegółowe zapoznanie się z jego treścią.

Ubezpieczyciel – czyli My

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A. (dalej: **TU na Życie Europa S.A.**), z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Generała Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław wpisane do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000092396, NIP 895-17-65-137, REGON 932716961, o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w całości 307 200 000 zł, posiadające zezwolenie Ministra Finansów z dnia 17 stycznia 2002 r. na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie ryzyk: zgonu ubezpieczonego, zgonu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz assistance medycznego posiadająca status dużego przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych

Agent – czyli dystrybutor ubezpieczeń, który w ramach współpracy wykonuje w naszym imieniu i na naszą rzecz czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego

BANK MILLENNIUM S.A., z siedzibą w Warszawie przy ul. Stanisława Żaryna 2a, 02-593 Warszawa wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000010186, NIP: 526-021-29-31 o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w wysokości 1 213 116 777 zł, wpisany do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod numerem 11162860/A oraz

Europa Millennium Financial Services sp. z o.o., z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Generała Władysława Sikorskiego 26, 53-659 Wrocław wpisany do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000940751, NIP: 527- 29-82-066 o kapitale zakładowym zarejestrowanym i opłaconym w wysokości 100 000 zł, wpisany do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod numerem 11256036/A

Ubezpieczający – czyli osoba zawierająca umowę ubezpieczenia

Ubezpieczony (1) - czyli osoba, która podlega ochronie ubezpieczeniowej



Imię i Nazwisko	
Numer PESEL (data urodzenia w przypadku braku PESEL)	
Obywatelstwo	
Adres do korespondencji – kod, miasto, ulica, nr domu	
Telefon kontaktowy	
Seria i nr dowodu osobistego (paszportu dla obcokrajowców)	

Dane o ubezpieczeniu

Grupa docelowa, czyli dla kogo jest ten produkt

Produkt dedykowany jest dla osób, które w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia:

- zawarły z bankiem umowę pożyczki,
- ukończyły 65 rok życia a ich wiek powiększony o okres odpowiedzialności nie przekracza 80 lat,
- są zainteresowane ochroną ubezpieczeniową w związku z zawarciem przez nich umowy pożyczki, która zabezpieczy spłatę zadłużenia w przypadku śmierci lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- są zainteresowane produktem ubezpieczeniowym, który udostępni dodatkowo szybką pomoc w nieprzewidzianych sytuacjach życia codziennego w postaci praktycznego i szerokiego zakresu świadczeń assistance medycznego.

Zakres i suma ubezpieczenia

zdarzenie ubezpieczeniowe	suma ubezpieczenia
śmierć ubezpieczonego	Zgodnie z § 11 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2
śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Zgodnie z § 12 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2
uszkodzenie ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, do którego doszło na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	Zgodnie z § 13 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2

uprawniające do skorzystania z assistance medycznego (**assistance medyczny**)



Okres ubezpieczenia i naszej odpowiedzialności

Okres ubezpieczenia	Zgodnie z § 5 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2
Okres odpowiedzialności	Zgodnie z § 5 - 6 WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2



Składka ubezpieczeniowa

Częstotliwość opłacenia składki:	JEDNORAZOWA
Łączna składka jednorazowa w wysokości:	złotych
Termin zapłaty składki:	Najpóźniej dzień po uruchomieniu pożyczki lub jej pierwszej transzy



Oświadczenia ubezpieczającego/ubezpieczonego

Potwierdzenie potrzeb i wymagań ubezpieczającego w zakresie ochrony ubezpieczeniowej badanych przed zaproponowaniem umowy ubezpieczenia:

- I. Potwierdzam, że chcę skorzystać z oferty ubezpieczeniowej dostępnej za pośrednictwem banku w celu ustanowienia wymaganego zabezpieczenia pożyczki w formie cesji praw z umowy ubezpieczenia
☐ TAK
☐ NIE
- II. Potwierdzam, że poszukuję ochrony ubezpieczeniowej, która zapewni zabezpieczenie spłaty zadłużenia z tytułu pożyczki w przypadku śmierci oraz dodatkowo w przypadku śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku będzie stanowiła wsparcie finansowe dla moich bliskich w postaci nadwyżki świadczenia ubezpieczeniowego ponad kwotę aktualnego zadłużenia.
☐ TAK
☐ NIE
- III. Potwierdzam, że jestem zainteresowany/a produktem ubezpieczeniowym o zakresie świadczeń assistance medycznego w przypadku uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia ubezpieczonego powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania
☐ TAK
☐ NIE
- IV. Potwierdzam, że akceptuję wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela związane z odpowiedziami udzielonymi na pytania dotyczące stanu zdrowia
☐ TAK
☐ NIE
- V. Potwierdzam, że akceptuję koszt składki jednorazowej – 3,10 zł miesięcznie za każde pożyczone 1000 zł przez cały okres trwania pożyczki
☐ TAK
☐ NIE

Ubezpieczający / Ubezpieczony (1)

1A. Oświadczenie o stanie zdrowia

Oświadczam, że obecnie jak i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie choruję ani nie chorowałem(-am) na którąkolwiek z poniższych chorób, ani nie rozpoczęto u mnie postępowania diagnostycznego związanego z którąkolwiek z wymienionych poniżej chorób:

- | | |
|---|--|
| 1) choroba nadciśnieniowa (nadciśnienie tętnicze) | 6) niewydolność nerek |
| 2) choroba niedokrwienna serca | 7) nowotwór złośliwy |
| 3) cukrzyca | 8) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) |
| 4) marskość wątroby | 9) udar mózgu |
| 5) miażdżyca | |

☐ TAK (potwierdzam prawdziwość powyższego Oświadczenia o stanie zdrowia)

☐ NIE* (powyższe Oświadczenie o stanie zdrowia nie jest prawdziwe)

*jeżeli w Oświadczeniu o stanie zdrowia udzielono odpowiedzi „NIE” uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższej Ankiety medycznej

1.B. Ankieta medyczna

Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy choruje lub chorował(a) Pan/Pani na którąkolwiek z poniższych chorób, lub rozpoczęto u Pana/Pani postępowanie diagnostyczne związane z którąkolwiek z poniższych chorób?

- 1) choroba nadciśnieniowa (nadciśnienie tętnicze) ☐ TAK ☐ NIE
- 2) choroba niedokrwienna serca ☐ TAK ☐ NIE
- 3) cukrzyca ☐ TAK ☐ NIE

- 4) marskość wątroby [] TAK [] NIE
- 5) miażdżyca [] TAK [] NIE
- 6) niewydolność nerek [] TAK [] NIE
- 7) nowotwór złośliwy [] TAK [] NIE
- 8) przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP)* [] TAK [] NIE
- 9) udar mózgu [] TAK [] NIE

 Zgody/oświadczenia wyrażone przez ubezpieczającego/ubezpieczonego:

- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego doszło:
 - 1) w ciągu 24 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia:
 - a) w następstwie nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia lub
 - b) w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami wskazaną/wskazanymi przez ubezpieczonego w ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - lub
 - 2) w ciągu 36 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia w następstwie i w adekwatnym związku z chorobą/chorobami, o które pytałem, a które ubezpieczony zataił lub podał nieprawdziwe informacje w oświadczeniu o stanie zdrowia lub ankiecie medycznej zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości opłaconej składki ubezpieczeniowej przypadającej na ubezpieczonego tj. kwoty opłaconej składki ubezpieczeniowej podzielonej przez liczbę wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.

Ponadto przyjmuję do wiadomości, że zajęcie okoliczności, o których mowa w pkt 1a będzie jednocześnie skutkowało odmową wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
- ☐ Upoważniam TU na Życie Europa S.A. do pozyskiwania od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), przebiegu mojego leczenia związanych z ustaleniem prawa do świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości tego świadczenia, w zakresie wynikającym z powszechnie obowiązujących przepisów prawa. W przypadku zgłoszenia roszczenia, deklaruje przedłożenie tego upoważnienia również w formie pisemnej.
- ☐ Upoważniam TU na Życie Europa S.A. do pozyskania 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. W przypadku zgłoszenia roszczenia, deklaruje przedłożenie tego upoważnienia również w formie pisemnej.
- ☐ Oświadczam, że przy pierwszej czynności agencji udostępniono mi pełnomocnictwo agenta wystawione przez TU na Życie Europa S.A. i upoważnienie pracownika wykonującego czynności agencji do działania w imieniu agenta.
- ☐ Przed zawarciem umowy ubezpieczenia zapoznałem(am) się z udostępnionymi mi WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2, Kartą Produktu oraz Dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym, przyjmuje do wiadomości ich treść oraz uznaję ich wiążący charakter, w szczególności zakres świadczeń oraz wysokość sum ubezpieczenia i składek, a także wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, jak również wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2, w tym w zakresie wysokości sumy ubezpieczenia.
- ☐ Oświadczam, iż świadomie decyduję o zawarciu proponowanej umowy ubezpieczenia i wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie WU Pożyczka pod ochroną Wariant 2.
- ☐ Oświadczam, że zapoznałem(am) się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie – Karcie informacyjnej RODO, która stanowi załącznik do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- ☐ Upoważniam Bank Millennium S. A. z siedzibą w Warszawie do przekazywania TU na Życie Europa S.A. informacji stanowiących tajemnicę bankową – w zakresie i celu niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia.
- ☐ Upoważniam Bank Millennium S. A. z siedzibą w Warszawie do przekazywania Europa Millennium Financial Services sp. z o.o. informacji stanowiących tajemnicę bankową – w zakresie i celu niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia.
- ☐ Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia otrzymania potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy.

Oświadczenia wyrażone przez ubezpieczającego

- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że Ubezpieczyciel na podstawie 34 ust. 5 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. 2018, poz. 723), ma prawo badania i aktualizowania informacji o źródłach pochodzenia wartości majątkowych ubezpieczającego oraz żądania dodatkowych dokumentów w tym zakresie w celu stosowania środka bezpieczeństwa finansowego z art. 34 ust. 1 pkt 4) ww. Ustawy.
- ☐ Będąc świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, zgodnie z art. 46 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oświadczam, że **nie należę do grupy osób zajmujących eksponowane stanowisko polityczne (dalej: PEP)**. Zobowiązuję się do aktualizacji swoich danych, w tym danych PEP w przypadku zmiany okoliczności i w razie konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji ich wiarygodności tego oświadczenia.

***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

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



Wskazanie uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego oraz cesja

(Sekcja ma zastosowanie w przypadku, gdy ubezpieczający i ubezpieczeni potwierdzają dokonanie cesji na Bank Millennium S.A. oraz gdy uprawnionym do świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia ma być Bank Millennium S.A.)

W celu zabezpieczenia wierzytelności z tytułu umowy pożyczki <.....> z dnia

- 1) ubezpieczający i ubezpieczeni potwierdzają dokonanie przelewu wierzytelności z umowy ubezpieczenia na Bank Millennium S.A. z siedzibą w Warszawie zgodnie z zawartą umową cesji oraz
- 2) za zgodą ubezpieczonych wyrażoną w tym wniosku, ubezpieczający wskazuje Bank Millennium S.A. z siedzibą w Warszawie jako uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci /lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku któregośkolwiek z ubezpieczonych, do wysokości salda zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Saldo zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stanowi kwota w łącznej wysokości:

- 1) kwoty kapitału pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z harmonogramem spłaty pożyczki
- 2) zaległych rat kapitałowo – odsetkowych wynikającej z obowiązującego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramu spłaty pożyczki
- 3) odsetek umownych od zadłużenia nieprzetereiminowanego należnych bankowi zgodnie z umową pożyczki według stanu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 4) odsetek od zadłużenia przeteriminowanego należnych bankowi zgodnie z umową pożyczki według stanu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,

Czy akceptuje Pan/Pani powyższe oświadczenia?

☐ TAK ☐ NIE

Data wskazania uprawnionego

||-||-||-||-||-||-||
dd –mm–rrrr