

Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia / Polisa

Data zawarcia Umowy ubezpieczenia: |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|_|
Polisa Seria i Numer: MILLASS/.....

Dane Ubezpieczyciela:

Towarzystwo Ubezpieczeń 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, wpisany do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod numerem 11162860/A.

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

Produkt dedykowany jest osobom, które:

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

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 OWU „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 TU Europa S.A. rozpoczynający się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym została opłacona składka.

Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą pod warunkiem:

- potwierdzenia przez agenta w imieniu TU Europa S.A. zgodności danych na Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, który stanowi integralną część Polisy oraz
- opłacenia pierwszej składki przez Ubezpieczającego.

Oświadczenia Ubezpieczającego/ Ubezpiezonego

- Oświadczam, że przed zawarciem Umowy ubezpieczenia **Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Bardzo Pomocny”, Karta Produktu** oraz **Dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym** zostały mi doręczone i że się z nimi zapoznałem(am).
- 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 – polisy.
- Zostałem(am) poinformowany(a) o tym, że:
 - 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,
 - cięży na mnie obowiązek poinformowania TU Europa S.A. o każdej zmianie podanych danych osobowych i adresu poprzez złożenie w TU Europa S.A. lub za pośrednictwem Agenta oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia,
 - zostałem(am) poinformowany(a), że zgodnie z § 2 ust. 25 OWU ubezpieczonymi są wszyscy Posiadacze Konta w Banku Millennium S.A..
- Zrozumiałem(am) i akceptuję Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Bardzo Pomocny”, w szczególności

zakres świadczeń oraz wysokości sum ubezpieczenia i składek, a także wyłączenia odpowiedzialności TU Europa S.A.. Przyjmuję do wiadomości zasady ustalania początku odpowiedzialności oraz karencji określone w ww. Ogólnych Warunkach i wyrażam zgodę na ich stosowanie.

5. Wyrażam zgodę na kontynuację ubezpieczenia na kolejne Okresy ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do końca trwania umowy o Konto.
6. Upoważniam Bank Millennium S.A. do przekazywania TU Europa S.A. oraz podmiotowi współpracującemu z TU Europa S.A. uczestniczącemu w wykonaniu Umowy ubezpieczenia Europ Assistance Polska Sp. z o.o., informacji stanowiących tajemnicę bankową niezbędnych do obsługi i realizacji Umowy ubezpieczenia.
7. Po zapoznaniu się z oferowanym zakresem ochrony ubezpieczeniowej, oświadczam że zaproponowany produkt jest adekwatny do moich potrzeb i wymagań oraz wnioskuję o zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Pakiet Bardzo Pomocny”.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.	
<p>_____</p> <p>dd – mm - rrrr</p> <p>data złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia</p>	<p>.....</p> <p>podpis Ubezpieczającego/Ubezpieczonego1</p>

Adnotacja Agenta

1. Potwierdzam dokonanie analizy potrzeb, na podstawie której ubezpieczenie jest zgodne z potrzebami i wymaganiami klienta.	
2. Stwierdzam zgodność danych z okazanymi dokumentami tożsamości oraz potwierdzam własnoręczność złożonego przez Ubezpieczającego podpisu.	
Nazwisko	
Imię	
Numer Identyfikacyjny pracownika (X-nuc)	_____
<p>_____</p> <p>dd – mm - rrrr</p> <p>data złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia</p>	<p>.....</p> <p>podpis OFWCA</p>

Potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia

<p><i>Numer Polisy jest tożsamy z numerem na Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.</i></p> <p><i>Okres ubezpieczenia trwa 12 miesięcy i rozpoczyna się z dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia (tj. pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego następującego po podpisaniu Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia/Polisy).</i></p> <p><i>Okres ubezpieczenia zostanie przedłużony na następne 12 miesięcy pod warunkiem zapłaty składki za pierwszy miesiąc ochrony (Okres odpowiedzialności) przypadający w kolejnym okresie ubezpieczenia.</i></p>
--