



## POLISA

Polisa do Ubezpieczenia Kredytobiorców

### WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców z dnia 1 lipca 2024 roku (zwane dalej „OWU”)

### DANE UBEZPIECZYCIELA

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez Ubezpieczycieli:

- AXA France VIE Societe Anonyme**, zarejestrowana we Francji pod nr 310499959 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex (kod 92727), ul. Terrasses de l'Arche 313 reprezentowana w Polsce przez **AXA France VIE SA Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000734083, REGON 380639897, NIP 1080022753;
- AXA France IARD Societe Anonyme**, zarejestrowana we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex (kod 92727), ul. Terrasses de l'Arche 313, reprezentowana w Polsce przez **AXA France IARD S.A. Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000738458, REGON 380649849, NIP 1080022747

zwanyymi dalej łącznie lub każdy z osobna: „Ubezpieczyciel” lub „Ubezpieczyciele”.

### DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

Ikano Bank AB (publ), Hyllie Boulevard 27, Box 31066, 200 49 Malmö, Szwecja, (numer w szwedzkim rejestrze Bolagsverket 516406-0922; adres strony internetowej: [www.bolagsverket.se](http://www.bolagsverket.se)), działający poprzez swój oddział w Polsce pod firmą: Ikano Bank AB (publ) Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, ul. Postępu 14, 02-676 Warszawa (zwany dalej: Ikano Bank). Rodzaj pośrednika: Agent wyłączny.

Treść Pełnomocnictwa udzielonego Agentowi ubezpieczeniowemu umieszczona jest na stronie internetowej [www.ikanobank.pl](http://www.ikanobank.pl)

- Agent ubezpieczeniowy działa na rzecz następujących zakładów ubezpieczeń:  
**AXA France VIE Societe Anonyme**, zarejestrowana we Francji pod nr 310499959 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex (kod 92727), ul. Terrasses de l'Arche 313, reprezentowana w Polsce przez AXA France VIE SA Oddział w Polsce;
- AXA France IARD Societe Anonyme**, zarejestrowana we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex (kod 92727) ul. Terrasses de l'Arche 313, reprezentowana w Polsce przez AXA France IARD SA Oddział w Polsce.

### 1. Ubezpieczony / ubezpieczający

Imię / Imiona [ ] Nazwisko [ ]  
Dokument tożsamości [ ]  
Data urodzenia [ ] PESEL [ ]  
**Adres:**  
Kod pocztowy [ ] Miejscowość [ ] Ulica, Numer [ ]  
**Adres do korespondencji w przypadku, gdy jest inny od podanego powyżej:**  
Kod pocztowy [ ] Miejscowość [ ] Ulica, Numer [ ]  
E-mail [ ] Nr telefonu  
Data zawarcia Umowy o kredyt [ ] Numer Umowy o kredyt [ ]

### 2. Zakres i warunki ubezpieczenia

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Śmierć Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w kwocie Salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku kredytowym na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, jednakże maksymalnie w wysokości 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
Śmierć małżonka lub Partnera życiowego Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w kwocie 3 Rat w przypadku Śmierci małżonka lub Śmierci Partnera życiowego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie przysługuje jednorazowo w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
Poważne zachorowanie	Jednorazowe świadczenie w wysokości Salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku kredytowym (wyłącznie niezaległy kapitał) na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego maksymalnie do wysokości 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest równe Racie, nie więcej niż 2 000 (dwa tysiące) złotych, wymagalnej bezpośrednio po Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Kolejne świadczenia odpowiadają kolejnym należnym Ratom zgodnie z Umową o kredyt.
Hospitalizacja	Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji jest równe Racie, nie więcej niż 2 000 (dwa tysiące) złotych. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego świadczenia z tytułu Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby po upływie, pełnego nieprzerwanego 5 dniowego okresu Hospitalizacji.

Utrata pracy przez Ubezpieczonego	Miesięczne świadczenie z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego jest równe Racie, nie więcej niż 2 000 (dwa tysiące) złotych, wymagalnej bezpośrednio po Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Kolejne świadczenia odpowiadają kolejnym należnym Ratom zgodnie z Umową o kredyt pod warunkiem posiadania statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku.
-----------------------------------	---

Łączna suma wszystkich powyższych wypłaconych świadczeń ubezpieczeniowych (maksymalna suma ubezpieczenia) wynosi nie więcej niż 150 000 zł.

#### WARUNKI UBEZPIECZENIA

Okres Odpowiedzialności Ubezpieczycieli	Zgodnie z § 5 oraz § 3 ust. 9 OWU.
Termin obowiązywania Umowy ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia ustalany jest w miesiącach na podstawie Umowy o kredyt, nie może być jednak krótszy niż 12 miesięcy i dłuższy niż 120 miesięcy.
Składka ubezpieczeniowa	4,99 % Raty przyznanej w ramach Umowy o kredyt a jej równowartość pobierana jest wraz z Ratą, z zachowaniem szczegółowych postanowień § 10 OWU.

### 3. Oświadczenie woli ubezpieczonego o wskazaniu uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego

- Ja, [REDAKTOWANE] wskazuję Ikano Bank AB (publ), Box 31066, 200 49 Malmö, Szwecja, działający poprzez swój oddział w Polsce pod firmą: Ikano Bank AB (publ) Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, ul. Postępu 14, 02-676 Warszawa, jako Uprawnionego w razie śmierci Ubezpieczonego do jednorazowego świadczenia, w wysokości Salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku kredytowym (wyłącznie niezależny kapitał) na dzień, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, maksymalnie do kwoty 150 000 zł.

### 4. Oświadczenia i zgody ubezpieczonego

- Jako Kredytobiorca – strona Umowy o kredyt zawartej dnia [REDAKTOWANE] nr [REDAKTOWANE] oświadczam, że otrzymałem/am: OWU oraz Dokument informacyjny o produkcie ubezpieczeniowym. Zapoznałem/am się z ich treścią, są one dla mnie zrozumiałe i akceptuję ich treść oraz wnioskuję o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców na warunkach określonych w OWU.
- Zapoznałem/am się i akceptuję w szczególności wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczycieli określone w § 8 OWU.
- Oświadczam, że spełniam warunki objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyk objętych Umową Ubezpieczenia Kredytobiorców, określonych w OWU.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o roli Administratora w rozumieniu OWU - AXA Partners S.A. Oddział w Polsce, część AXA, z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa, budynek Lixa B.
- Podane przeze mnie dane są kompletne i prawdziwe. Jestem świadomy/a, że podanie nieprawdziwych, niekompletnych lub fałszywych danych lub informacji może skutkować ograniczeniem lub wyłączeniem odpowiedzialności Ubezpieczycieli zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego.
- Zostałem poinformowany/a, że powództwo o roszczenia wynikające z realizacji ochrony ubezpieczeniowej można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego do świadczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela danych dotyczących mojego stanu zdrowia, nałogów, historii chorób, podanych we Wniosku i wszelkich innych pismach mających związek z zawarciem i wykonywaniem wnioskowanej Umowy ubezpieczenia.
- Zgodnie z art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta niniejszym upoważniam wszelkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do przekazywania Ubezpieczycielowi i Administratorowi (również po mojej śmierci) dokumentacji medycznej i informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji i dokumentacji do otrzymywania, których upoważniam wyżej wymienione podmioty nie obejmuje wyników badań genetycznych.
- Wyrażam zgodę na zasięganie przez Ubezpieczyciela u każdego ubezpieczyciela informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przeze mnie w związku z zawieraniem Umowy ubezpieczenia, ustalenia prawa do świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz wysokości tych świadczeń, a także do udzielania informacji o przyczynie śmierci, w przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu mojego zgonu.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie Ubezpieczycielowi i Administratorowi przez Narodowy Fundusz Zdrowia informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Ubezpieczyciela drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem łączącej mnie z Ubezpieczycielem Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, iż otrzymałem/am informacje wynikające z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1), jako załącznik do niniejszego Polisy.
- Oświadczam, iż zostałem/am powiadomiony/a o przysługującym mi prawie do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminach:
  - 7 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, w którym jestem przedsiębiorcą;
  - 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, w którym jestem konsumentem lub przedsiębiorcą prowadzącym jednoosobową działalność gospodarczą a Umowa ubezpieczenia nie posiada dla mnie charakteru zawodowego wynikającego z prowadzonej działalności gospodarczej.
- Zostałem poinformowany/a i akceptuję fakt, że umowa ubezpieczenia zostaje zawarta z chwilą złożenia oświadczenia o zawarciu umowy kredytu, którego umowa ubezpieczenia dotyczy.
- Zapoznałem/am się z treścią pełnomocnictwa Agenta, a w przypadku osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Agenta z Upoważnieniem do działania w imieniu i na rzecz Agenta.
- Zostałem poinformowany/a, że w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców, Agent ubezpieczeniowy otrzymuje prowizję uwzględnioną w składce ubezpieczeniowej.
- Upoważniam Ikano Bank do przekazania Ubezpieczycielom informacji stanowiących tajemnicę bankową, a dotyczących zawarcia lub wykonania Umowy o kredyt, stosownie do art. 104 ust. 3 Prawa bankowego.

## POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU I ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest dzień złożenia Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców i potwierdzenie go za pomocą środków porozumiewania się na odległość.

Data i miejsce zawarcia Umowy ubezpieczenia: [ ]

## ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU – POLISY

### CESJA PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

- Oświadczam, iż przelewam na rzecz Ikano Bank AB (publ), Box 31066, 200 49 Malmö, Szwecja, działający poprzez swój oddział w Polsce pod firmą: Ikano Bank AB (publ) Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, ul. Postępu 14, 02-676 Warszawa prawa do świadczeń przysługujących mi z tytułu trwałej Czasowej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Hospitalizacji oraz Utraty pracy przysługujących mi na podstawie Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców zawartej na warunkach określonych w OWU. Ikano Bank AB (publ), Box 31066, 200 49 Malmö, Szwecja, działający poprzez swój oddział w Polsce pod firmą: Ikano Bank AB (publ) Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, ul. Postępu 14, 02-676 Warszawa oświadcza, że przyjmuje cesję praw określoną powyżej.

*Wyrażenie powyższych zgód i oświadczeń (w całości lub części) na podstawie, których zawarto Umowę Ubezpieczenia Kredytobiorców nastąpiło w trakcie procesu wnioskowania o zawarcie Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość.*