



WNIOSEK – POLISA

Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Posiadacza Kredytu IKEA
- Polisa do Ubezpieczenia na Życie i Utraty Zatrudnienia „Splata Kredytu IKEA”

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i Utraty Zatrudnienia „Splata Kredytu IKEA” 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 reprezentowaną w Polsce przez **AXA France VIE S.A. Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy pod numerem KRS: 0000734083 - w zakresie ryzyka śmierci, całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do prac, hospitalizacji oraz poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
- 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 reprezentowaną w Polsce przez **AXA France IARD Spółka Akcyjna Oddział w Polsce** z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa wpisaną do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy pod numerem KRS 0000738458 - w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz Ubezpieczenia Towarów;

zwanymi 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), 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

- 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 ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727;
- AXA France IARD Societe Anonyme, zarejestrowana we Francji pod nr 722057460 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727.

1. Ubezpieczony

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/Data zakupu towaru		Numer Umowy o Kredyt

2. Zakres i warunki ubezpieczenia

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Śmierć Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w wysokości salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Kredytowym (wyłącznie niezaległy kapitał) na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, jednakże maksymalnie w wysokości 50 000 zł; dodatkowo jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 5 000 zł dla Innej Osoby Uprawnionej – oba świadczenia z zachowaniem szczegółowych postanowień § 7, sekcja I, pkt. 1) OWU.
Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w wysokości salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Kredytowym (wyłącznie niezaległy kapitał) na dzień, w którym nastąpiła całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego, maksymalnie 50 000 zł.
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Miesięczne świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest równe Miesięcznej Racie Kredytu wymagalnej bezpośrednio po dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż 2 000 zł. Kolejne świadczenia odpowiadają kolejnym należnym Miesięcznym Ratom Kredytu zgodnie z harmonogramem spłaty Kredytu.
Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w wysokości 12 Miesięcznych Rat Kredytu wymaganym bezpośrednio po dniu zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z harmonogramem spłaty Kredytu, maksymalnie 24 000 zł.

Utrata pracy przez Ubezpieczonego	Miesięczne świadczenie z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego jest równe Miesięcznej Racie Kredytu wymagalnej bezpośrednio po dniu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż 2 000 zł. Kolejne świadczenia odpowiadają kolejnym należnym Miesięcznym Ratom Kredytu zgodnie z harmonogramem spłaty Kredytu pod warunkiem posiadania statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku.
Hospitalizacja Ubezpieczonego w wyniku Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku	Dzienne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Hospitalizacji w wyniku Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby nabywa Ubezpieczony po upływie, pełnego nieprzerwanego 3 dniowego okresu Hospitalizacji. Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie ubezpieczeniowe za nie więcej niż 180 dni w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, tj. do kwoty 15 300 (piętnaście tysięcy trzysta) złotych.

Łączna suma wszystkich powyższych wypłaconych świadczeń ubezpieczeniowych (maksymalna suma ubezpieczenia) wynosi nie więcej niż 50 000 zł.

Ubezpieczenie Towarów	Jednorazowe świadczenie w wysokości poniesionych kosztów na zakup Towarów nabytych w sieci sklepów IKEA w przypadku ich nieumyślnego uszkodzenia oraz ich uszkodzenia lub utraty w przypadku kradzieży z włamaniem lub rabunku. Maksymalna suma ubezpieczenia 50 000 zł.
-----------------------	--

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Okres Odpowiedzialności Ubezpieczycieli	Zgodnie z § 5 OWU.
Składka ubezpieczeniowa	0,29% Kwoty Kredytowanej przyznanej w ramach Umowy Kredytowej a jej równowartość pobierana jest wraz z Miesięczną Ratą Kredytu, z zachowaniem postanowień § 10 OWU.

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

Ja, niżej podpisany/podpisana _____, 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 niezaległy kapitał) na dzień w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, maksymalnie do kwoty 50 000 zł.

Miejsce, data _____

Podpis Ubezpieczonego _____

4. Inna osoba uprawniona

Wskazuję następującą Inną Osobę Uprawnioną do jednorazowego świadczenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 6 pkt. 1) OWU:

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 _____

5. Oświadczenia i zgody ubezpieczonego

- Jako Kredytobiorca – strona Umowy o Kredyt zawartej dnia _____ nr _____ oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam: 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 z Ubezpieczycielami Umowy Ubezpieczenia na Życie i Utraty Zatrudnienia „Spłata Kredytu IKEA” na warunkach określonych w niniejszym Wniosku - Polisie oraz w OWU.
- Zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczycieli określone w § 8 OWU.
- Oświadczam, że spełniam warunki objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyk objętych Umową ubezpieczenia, 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/świadoma, że podanie nieprawdziwych, niekompletnych lub fałszywych danych lub informacji może skutkować ograniczeniem lub wyłączeniem odpowiedzialności Ubezpieczycieli zgodnie z przepisami kodeksu cywilnego.
- Zostałem poinformowany, 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 Ubezpieczycieli danych dotyczących mojego stanu zdrowia, nałogów, historii chorób, podanych w niniejszym 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 Ubezpieczycielom 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 Ubezpieczycieli 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.

10. Wyrażam również zgodę na udostępnienie Ubezpieczycielom 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 Ubezpieczycieli i wysokości świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia, zawieranej w oparciu o niniejszy Wniosek-Polisę.
11. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Ubezpieczycieli drogą elektroniczną przy użyciu udostępnionego przeze mnie numeru telefonu oraz adresu e-mail informacji dotyczących spraw związanych z wykonywaniem łączącej mnie z Ubezpieczycielami Umowy ubezpieczenia
12. Oświadczam, iż otrzymałem 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), jako załącznik do niniejszego dokumentu.
13. Oświadczam, iż zostałem powiadomiony o przysługującym mi prawie do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszego Wniosku - Polisie w terminie 30 dni od dnia 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. W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia została zawarta za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, a ja jestem konsumentem mogę odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia poinformowania mnie o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta.

Miejsce, data

Podpis Ubezpieczonego

1. Zapoznałem/zapoznałam 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.
2. Zostałem poinformowany, że w związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia, Agent ubezpieczeniowy otrzymuje prowizję uwzględnioną w składce ubezpieczeniowej.
3. 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.

Miejsce, data

Podpis Ubezpieczonego

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DO CELÓW MARKETINGOWYCH

Wyrażam zgodę – z zastrzeżeniem możliwości odwołania tej zgody w dowolnym momencie – na przetwarzanie przez 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, 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 oraz AXA France VIE Societe Anonyme, zarejestrowana we Francji pod nr 310499959 przez Sąd Gospodarczy w Nanterre z siedzibą w Nanterre Cedex ul. Terrasses de l'Arche, nr 313, kod 92727, oraz AXA Partners S.A. (część AXA) Oddział w Polsce (dalej „Administrator”) z siedzibą w Warszawie przy ul. Giełdowej 1 budynek LIXA B, moich danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, numeru PESEL, adresu zamieszkania, adresu e-mail oraz numeru telefonu, w celu marketingu produktów tych podmiotów, jak również innych produktów (usług finansowych lub ubezpieczeniowych) oferowanych za pośrednictwem tych podmiotów. Wyrażam także zgodę na przesyłanie mi informacji handlowych (w tym materiałów reklamowych) przez ww. podmioty w ww. zakresie i celu, drogą listowną, telefoniczną, faksem, poprzez wiadomości SMS lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Zostałem/am poinformowany/a o dobrowolności wyrażenia niniejszej zgody.

Miejsce, data

Podpis Ubezpieczonego

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU I ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest podany poniżej dzień złożenia kompletnie wypełnionego dokumentu Wniosek – Polisa. Potwierdzam złożenie podpisów przez osobę wskazaną we Wniosku – Polisie.

Miejsce, data

Podpis osoby przyjmującej WNIOSEK-POLISĘ

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 i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania i utraty pracy przysługujących mi na podstawie Umowy ubezpieczenia Spłaty Kredytu zawartej na warunkach określonych w niniejszym Wniosku – Polisie oraz 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.

Miejsce, data

Podpis Ubezpieczonego

Podpis osoby działającej za Ikano Bank AB (publ) Spółka Akcyjna Oddział w Polsce