



WNIOSEK – POLISA

Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Posiadacza Karty Kredytowej IKEA FAMILY
- Polisa do Ubezpieczenia na Życie i Ryzyka Utraty Zatrudnienia „Splata Karty Kredytowej IKEA FAMILY”

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i Ryzyka Utraty Zatrudnienia „Splata Karty Kredytowej IKEA FAMILY” z dnia 25 maja 2018 roku (zwane dalej „OWU”).

DANE UBEZPIECZYCIELA

Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest przez Ubezpieczycieli:

- Financial Assurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania - w zakresie ryzyka zgonu, zgonu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku oraz Hospitalizacji niezależnie od okresu trwania Umowy ubezpieczenia, a ponadto w zakresie ryzyka niezdolności do pracy, w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres równy lub dłuższy niż 5 lat oraz
 - Financial Insurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania - w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz organizacji lub organizacji i pokrycia kosztów usług assistance, a ponadto w zakresie ryzyka Niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na okres krótszy niż 5 lat
- działających w ramach swobody świadczenia usług w Unii Europejskiej na podstawie notyfikacji Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 18 lutego 2005 r. (zwane dalej łącznie lub każdy z osobna: „Ubezpieczyciel” lub „Ubezpieczyciele”).

DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

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 (zwany dalej: Ikano Bank).

Treść Pełnomocnictwa udzielonego Agentowi ubezpieczeniowemu umieszczona jest na stronie internetowej www.ikanobank.pl

Agent ubezpieczeniowy działa na rzecz następujących zakładów ubezpieczeń:

- Financial Assurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania
Financial Insurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania;
- Financial Insurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania

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		Numer Umowy o Kartę

2. Zakres i warunki ubezpieczenia

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Śmierć Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w wysokości salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Karty (wyłącznie niezaległy kapitał) w wysokości według stanu na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego maksymalnie 100.000 zł; dodatkowo jednorazowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 5.000 zł dla Innej Osoby Uprawnionej - oba świadczenia z zachowaniem szczegółowych postanowień § 6 pkt. 1) OWU;
Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w wysokości salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Karty (wyłącznie niezaległy kapitał) w wysokości według stanu na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpiła całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego, maksymalnie 100.000 zł;
Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego	Miesięczne świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest równe 5% salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Karty, według stanu na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc wystąpienia czasowej niezdolności do pracy;
Poważna choroba Ubezpieczonego	Jednorazowe świadczenie w wysokości salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Karty (wyłącznie niezaległy kapitał) w wysokości według stanu na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpiła całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego, maksymalnie 100.000 zł;
Utrata pracy przez Ubezpieczonego	Miesięczne świadczenie z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego jest równe 5% salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Karty, według stanu na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc w którym Ubezpieczony nabył prawo do zasiłku dla bezrobotnych.

Łączna suma wszystkich wypłaconych świadczeń ubezpieczeniowych (maksymalna suma ubezpieczenia) wynosi nie więcej niż 100.000 zł.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Okres Odpowiedzialności Ubezpieczycieli	Zgodnie z § 5 OWU.
Składka ubezpieczeniowa	0,59% każdorazowego salda zadłużenia pozostającego do spłaty na Rachunku Karty; jej równowartość obciąża co miesiąc Rachunek Karty z zachowaniem szczegółowych 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 Karty (wyłącznie niezaległy kapitał) w wysokości według stanu na koniec miesiąca kalendarzowego poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, maksymalnie 100.000 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 Posiadacz Karty Głównej wydanej na podstawie Umowy o Kartę Kredytową IKEA FAMILY zawartej dnia nr Umowy _____ oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam:
 - OWU,
 - Dokument informacyjny o produkcie ubezpieczeniowym i 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 Ryzyka Utraty Zatrudnienia „Spłata Karty Kredytowej IKEA FAMILY” na warunkach określonych w niniejszym Wniosku - Polisie oraz w OWU.
- Zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję w szczególności wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczycieli określone w § 8 OWU.
- Otrzymałem/otrzymałam, zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję treść Karty Produktu Ubezpieczenie na Życie i Ryzyka Utraty Zatrudnienia „Spłata Karty Kredytowej IKEA FAMILY”.
- 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.
- Oświadczam, że spełniam warunki objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyk objętych Umową Ubezpieczenia, określonych w OWU.
- Zostałem poinformowany, że w związku zawarciem Umowy Ubezpieczenia, Agent ubezpieczeniowy otrzymuje prowizję uwzględnioną w składce ubezpieczeniowej.
- 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. Prostej 68, 00-838 Warszawa, budynek Proximo.
- Upoważniam Ikano Bank do przekazania Ubezpieczycielom informacji stanowiących tajemnicę bankową, a dotyczących zawarcia lub wykonania Umowy o Kartę, stosownie do art. 104 ust. 3 Prawa bankowego.
- 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.

Miejsce, data

Podpis Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela 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.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne ale jest konieczne w celu zawarcia umowy ubezpieczenia. W razie ich niepodania danych umowa ubezpieczenia nie będzie mogła być zawarta.

TAK

NIE

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.

Powyższe upoważnienie obejmuje udostępnianie i przekazywanie wyżej wymienionych danych zakładom reasekuracji.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na zasięgnięcie 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.

TAK NIE

Wyrażam zgodę na udzielenie informacji w zakresie wskazanym w zdaniu powyżej każdemu innemu ubezpieczycielowi i zakładowi reasekuracji.

TAK NIE

Wyrażam również 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 Umowy ubezpieczenia, zawieranej w oparciu o niniejszy WNIOSEK-POLISĘ.

TAK NIE

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

TAK NIE

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) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) jako załącznik do niniejszego dokumentu.

TAK NIE

Oświadczam, iż zostałem powiadomiony o przysługującym mi prawie do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszej WNIOSKU-POLISIE w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku, w którym jestem przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

TAK NIE

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, Financial Insurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania, wpisaną do rejestru Companies House Wielka Brytania pod 1515187 oraz Financial Assurance Company Limited, część AXA, z siedzibą w Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania, wpisaną do rejestru Companies House Wielka Brytania pod 4873014, oraz AXA Partners S.A. (część AXA) Oddział w Polsce (dalej „Administrator”) z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 68, 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, poważnej choroby i utraty pracy przysługujących mi na podstawie Umowy Ubezpieczenia Splaty Karty Kredytowej IKEA FAMILY 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