



Wniosek o prolongatę terminu spłaty raty kapitałowej z rozłożeniem jej płatności na raty kapitałowo-odsetkowe w kredycie standardowym o poniższych parametrach:							
<b>Część A</b>							
KWOTA KREDYTU = kapitał pozostały do spłaty, pomniejszony o ewentualną częściową spłatę:							
OKRES KREDYTOWANIA (w miesiącach)	12	24	36	48	60	72	NALEŻY ZAZNACZYĆ WARIANT OPROCENTOWANIA PRZY WYBRANYM OKRESIE KREDYTOWANIA
STOPA STAŁA z ubezpieczeniem Kredytobiorcy	4,49%	4,49%	4,49%	4,49%	4,49%	4,49%	
STOPA STAŁA bez ubezpieczenia Kredytobiorcy	8,49%	8,49%	8,49%	8,49%	8,49%	8,49%	

<b>Część B</b>							
DANE WNIOSKODAWCY – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, spółka prawa cywilnego, spółka prawa handlowego							

Nazwa firmy							
Adres siedziby							
Adres do korespondencji (jeżeli uległ zmianie)							
NIP		REGON		Forma prawna			
Telefon		Fax		Adres e-mail			
Branża						Liczba pracowników	

Wyniki finansowe	Rok bieżący za miesiące	Rok ubiegły		Obciążenia miesięczne
Przychody			Kredyt	
Zysk / strata			Leasing	
Amortyzacja			Inne	
Majątek trwały			Zaległości wobec ZUS / US	
Majątek obrotowy			Zaległości wobec Samorządu terytorialnego	

Czy posiada Pan/Pani ochronę zabezpieczenia na nowe zobowiązanie kredytowe w razie choroby, następstw nieszczęśliwego wypadku lub śmierci? <input type="checkbox"/> NIE POSIADAM <input type="checkbox"/> TAK POSIADAM	Czy jest Pani/Pan zainteresowany uzyskaniem świadczenia w przypadku utraty pracy (dla osób zatrudnionych na umowę) lub uzyskaniem dodatkowego świadczenia w formie zwrotu opłat eksploatacyjnych (dla osób nie podlegających ochronie z tytułu Utraty pracy)? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
---	--

1. Oświadczam, że dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie przez RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (administrator danych) wszelkich informacji zawartych we Wniosku kredytowym oraz w innych dokumentach związanych z wnioskowaną Umową kredytu oraz informacji dotyczących treści Umowy kredytu, w tym moich danych osobowych (informacje stanowiące tajemnicę bankową), w celach związanych z: oceną zdolności kredytowej i analizy ryzyka kredytowego oraz obsługą i wykonywaniem Umowy kredytu, w tym również po wygaśnięciu zobowiązania wynikającego z Umowy kredytu.

2. Jednocześnie upoważniam RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie do wystąpienia, do biur informacji kredytowej (Biura Informacji Kredytowej S.A) oraz gospodarczych (w tym Międzybankowej Informacji Gospodarczej – Bankowy Rejestr oraz Międzybankowej Informacji Gospodarczej – Dokumenty Zastrzeżone, których administratorem jest Związek Banków Polskich oraz Krajowego Rejestru Długów, którego administratorem jest Biuro Informacji Gospodarczej Krajowego Rejestru Długów S.A.), z którymi zawarł umowy o udostępnienie informacji gospodarczych, stosownie do art. 15 ust. 1 i art. 47 ust. 2 ustawy z dnia 14 lutego 2003 r. o udostępnianiu informacji gospodarczych (Dz. U. Nr 50, poz. 424).

3. W związku z tym wyrażam zgodę na przetwarzanie i udostępnianie przez Biuro Informacji Kredytowej S.A. z siedzibą w Warszawie przekazanych przez RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie informacji stanowiących tajemnicę bankową w zakresie przewidzianym przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku – Prawo bankowe (tj. Dz. U. z 2002, Nr 72, poz. 665 z późn. zm.) oraz innych ustaw.

4. Zostałem poinformowany o uprawnieniach przysługujących mi na podstawie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002, Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), a w szczególności o prawie wglądu do danych osobowych, prawie do ich poprawiania, żądania czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania oraz całkowitego usunięcia ich ze zbioru, oraz potwierdzam, że podanie danych przeze mnie jest dobrowolne.

5. Oświadczam pod rygorem odpowiedzialności karnej z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88 poz. 553 z późniejszymi zmianami), że informacje podane we Wniosku są kompletne i prawdziwe, a przedłożone wraz z Wnioskiem dokumenty są autentyczne i zawierają rzetelne informacje. Niniejszym upoważniam Bank do sprawdzenia podanych informacji.

6. Zostałem poinformowany, że w przypadku przedłożenia nieautentycznych dokumentów lub nierzetelnych informacji, zebrane informacje stanowiące tajemnicę bankową, niezależnie od innych okoliczności, w tym nawet w przypadku spłaty zobowiązań wynikających z Umowy kredytu, RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie może przekazać do systemu Międzybankowej Informacji Gospodarczej – Bankowy Rejestr, którego administratorem jest Związek Banków Polskich.

7. Osoba działająca w imieniu Banku (jako dystrybutora ubezpieczeń) przeprowadziła ze mną analizę moich (reprezentowanego przeze mnie podmiotu) potrzeb w celu zaproponowania ochrony ubezpieczeniowej, a przedstawiona oferta w pełni odpowiada moim (reprezentowanego przeze mnie podmiotu) potrzebom i wymaganiom.

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Podpis osób uprawnionych do reprezentowania spółki: \_\_\_\_\_ Podpis (zgoda) Poręczyciela/li:\*

\*Uwaga! Zgodnie z Regulaminem Kredytowania § 13 ust.1 w przypadku, gdy w pierwotnej umowie występowali poręczyciele, prolongata jest możliwa po otrzymaniu ich pisemnej zgody.

# WNOSKOPOLISA

## UBEZPIECZENIE „UTRATA PACY/BEZPIECZNE RACHUNKI” O NUMERZE UMOWY KREDYTU/ .....

Wnioskopolisa stanowi dowód zawarcia Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym. Umowa ubezpieczenia zawierana jest za pośrednictwem Agenta. Terminy i pojęcia użyte we Wnioskopolisie przyjmują znaczenie nadane im w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

### CZĘŚĆ A

#### I. DANE UBEZPIECZYCIELA

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 00-844), ul. Grzybowska 78, zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000026002. Kapitał zakładowy zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif- Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego, który oddział utworzył, wynosi 21 602 240 euro i jest w pełni opłacony. NIP 526-25-57-344 , (dalej: „Ubezpieczyciel” lub „Cardif ARD”).

#### II. DANE AGENTA

RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 02-674) przy ul. Marynarskiej 13, zarejestrowana w rejestrze przedsiębiorców prowadzonym przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000430770, (dalej „Agent” lub „Bank”), który wykonuje w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń.

#### III. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO/UBEZPIECZONEGO

Imię Nazwisko	Seria i numer dokumentu tożsamości		Rodzaj dokumentu tożsamości		
Państwo urodzenia	Obywatelstwo		PESEL /Data urodzenia*		
Adres zamieszkania	Nazwa ulicy, numer domu/ mieszkania		Kod	Miejscowość	Kraj
Adres korespondencyjny	Nazwa ulicy, numer domu/ mieszkania		Kod	Miejscowość	Kraj
Dane kontaktowe	Telefon stacjonarny	Telefon komórkowy		Adres e-mailowy	

\* Dla obcokrajowców nieposiadających numeru PESEL

#### IV. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko utraty przez niego źródła dochodu.
2. Produkt dedykowany jest osobom, które:
  - 1) zawarły z RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce Umowę o kredyt samochodowy oraz
  - 2) są zainteresowane zabezpieczeniem Umowy kredytu samochodowego w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
3. Umowa ubezpieczenia uważana jest za zawartą pod warunkiem jej potwierdzenia przez Agenta.
4. Nr Umowy o kredyt samochodowy zawarty z Bankiem .....

5. Zakres ubezpieczenia	<b>Zakres ubezpieczenia w zależności od statusu zatrudnienia na Dzień zajścia Zdarzenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:</b> <b>Utrata pracy</b> – w przypadku osób uzyskujących dochód z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego; <b>Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku</b> – w przypadku osób nieuzyskujących dochodu z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego
6. Suma ubezpieczenia/Świadczenie	Utrata pracy - 12 Rat kredytu, nie więcej niż 42.000 PLN; Pojedyncze świadczenie z tytułu Utraty pracy nie może być wyższe niż 3.500 PLN; Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - 6 Opłat, nie więcej niż 9.600 PLN

	Pojedyncze świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego równe jest sumie Opłat nie więcej niż 1.600 PLN
7. Okres ubezpieczenia	Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do dnia wskazanego w Harmonogramie jako dzień całkowitej spłaty Umowy kredytu, z zastrzeżeniem że w przypadku Utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się 30 dnia od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej. Wygasa: zgodnie z art. 5 ust. 3 OWU.
8. Składka	Składka naliczana jest od wysokości kwoty udzielonego Kredytu i ustalana według taryfy składek Ubezpieczyciela obowiązującej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.  Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i wynosi ..... PLN

## V. OŚWIADCZENIA UBEZPIEZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

1.	Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że podanie przeze mnie danych osobowych oraz zgód i oświadczeń w Części A Wnioskopisy jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do zawarcia i wykonywania Umowy ubezpieczenia oraz dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Jestem świadomy/a, że brak zgody na powyższe uniemożliwia zawarcie Umowy ubezpieczenia. Ponadto oświadczam, że zostałem zapoznany/a z przysługującymi mi prawami, a także informacjami dotyczącymi danych osobowych zawartymi w treści Wnioskopisy.
2.	Oświadczam, że przed zawarciem Umowy ubezpieczenia na podstawie uzyskanych ode mnie informacji Agent określił moje wymagania i potrzeby w zakresie poszukiwanej przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej, a także otrzymałem/am w formie papierowej obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym będącym przedmiotem Umowy ubezpieczenia (w postaci Karty produktu oraz Dokumentu informującego o produkcie ubezpieczeniowym), co umożliwiło mi świadome podjęcie decyzji w przedmiocie wyboru produktu ubezpieczeniowego.
3.	Oświadczam, że przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Agent poinformował mnie o nazwach zakładów ubezpieczeń, na rzecz których wykonuje działalność agencyjną, firmie pod którą wykonuje działalność agencyjną, numerze wpisu do rejestru agentów, adresie strony internetowej, na której rejestr jest dostępny, sposobie sprawdzenia wpisu do rejestru oraz charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz możliwościach złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
4.	Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że Ubezpieczającemu przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
5.	Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi przetwarzania moich danych osobowych, zawartymi w „Karcie informacyjnej RODO”, nadrukowanej na odwrocie Wnioskopisy.

## CZĘŚĆ B

### I. ZGODA NA ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

Po otrzymaniu i zapoznaniu się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Kredytobiorców „Utrata pacy/Bezpieczne rachunki o indeksie RCI/CARCPI\_3/2020 oświadczam, że są one dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję a na ich podstawie zawieram Umowę ubezpieczenia.

### II. ZGODA NA POZYSKIWANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ORAZ ZGODA NA UZYSKANIE INFORMACJI OD NFZ

1.	W przypadku zgłoszenia roszczenia upoważniam Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce. do zasięgnięcia od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych), a także od każdego ubezpieczyciela, który udzielał mi ochrony ubezpieczeniowej, wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Z uwagi na fakt, że powyższe upoważnienie jest niezbędne, aby ustalić zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, jest ono skuteczne i nie wygasa w przypadku mojej śmierci.
2.	Wyrażam zgodę na uzyskanie przez Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce 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 Ubezpieczyciela oraz wysokości Świadczenia.

### III. UPOWAŻNIENIE DLA BANKU

<p>Na podstawie art. 104 ust. 3 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 2357 z późn. zm.) upoważniam RCI Banque Spółka Akcyjna do udzielenia Ubezpieczycielowi na jego żądanie informacji oraz przekazania dokumentów objętych tajemnicą bankową, jeżeli posiadanie tych informacji oraz dokumentów konieczne będzie do realizacji Umowy ubezpieczenia lub spełnienia innych wymogów nałożonych przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa. Jednocześnie zostałem/am poinformowany/a, że Ubezpieczyciel jest obowiązany zachować tajemnicę bankową w odniesieniu do wiadomości uzyskanych na podstawie niniejszego upoważnienia.</p>
--

#### IV. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU W PRZYPADKU SPORU

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

#### V. OŚWIADCZENIE DLA BANKU

W celu zapłaty składki z tytułu Umowy ubezpieczenia upoważniam Bank do pobrania z rachunku prowadzonego w Banku, kwoty należnej składki z tytułu Umowy ubezpieczenia w kwocie wskazanej w Części A, ust. IV, pkt 8 niniejszej Wnioskopolisy.

**OŚWIADCZAM, ŻE DANE OSOBOWE PODANE WE WNIOSKOPOLISIE SĄ PRAWDZIWE I AKTUALNE**

Miejscowość:	Data:	
Ubezpieczający/Ubezpieczony	Imię i nazwisko	Podpis

Pieczętka i podpis lub czytelny podpis przedstawiciela Ubezpieczyciela

## KARTA INFORMACYJNA RODO

1. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych niż wymienione w niniejszej Wnioskopolisie cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga Pani/Pana uprzedniej zgody.
2. W dowolnym momencie może Pani/Pan wycofać zgodę na przetwarzanie danych osobowych lub ograniczyć ich przetwarzanie, z zastrzeżeniem, że wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
3. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych, w szczególności przysługuje prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego administratora oraz profilowania.
4. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela, jego pracowników i współpracowników, zakłady reasekuracji oraz podmioty wykonujące w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności agencyjne, z zastrzeżeniem, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych odbywać się będzie w zakresie i celu niezbędnym do wykonania Umowy ubezpieczenia.
5. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane przez Ubezpieczyciela podmiotom przetwarzającym dane osobowe na jego zlecenie, np. dostawcom usług IT lub firmom archiwizującym, z zastrzeżeniem, że takie przetwarzanie odbywać się będzie każdorazowo na podstawie umowy zawartej z Ubezpieczycielem i wyłącznie zgodnie z jego poleceniami.
6. W zakresie, w jakim Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania Umowy ubezpieczenia, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Dane te na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody mogą zostać przesłane innemu administratorowi danych.
7. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, które zobowiązane jest zachować w tajemnicy wszystkie dane dotyczące Umowy ubezpieczenia, z wyłączeniem podmiotów wskazanych przepisami Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U.2019 r., poz. 381).
8. W przypadku, gdy w przeszłości został Pan/Pani objęty/a Ochroną ubezpieczeniową lub zawarł/a odpowiednio z Cardif ARD lub Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A (dalej: Cardif Polska) inną umowę ubezpieczenia, dane osobowe, które wówczas zostały podane zostaną zaktualizowane o informacje, które Pani/Pan poda przy zawieraniu niniejszej Umowy ubezpieczenia.
9. Cardif Polska i Cardif ARD będą współadministrować Pani/Pana danymi osobowymi w związku z korzystaniem z tego samego systemu informatycznego, z zastrzeżeniem, że powyższe nie będzie sprzeczne z zakresem i celem przetwarzania danych osobowych wyrażonych w zgodzie.
10. Z administratorem danych osobowych, u którego wyznaczony jest inspektor ochrony danych, we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych można się skontaktować poprzez adres email: [iod@cardif.pl](mailto:iod@cardif.pl) lub pisemnie na adres siedziby administratora:

Inspektor Ochrony Danych  
BNP Paribas Cardif w Polsce  
ul. Grzybowska 78  
00-844 Warszawa

## OŚWIADCZENIA UBEZPIECZYCIELA JAKO ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

1. Cardif ARD oświadcza, że dane osobowe będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela w następujących celach:
  - 1) w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność ich posiadania do zawarcia i wykonania Umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia (art. 6 ust. 1 lit. a) i b) Rozporządzenia\* oraz art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej);
  - 2) w celu realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, w szczególności: zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego (reasekuracja) oraz profilowania (art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia\*). Profilowanie będzie dotyczyło określenia preferencji lub potrzeb w zakresie oferowanych przez Ubezpieczyciela produktów ubezpieczeniowych.
2. Cardif ARD oświadcza, że powierzone do przetwarzania dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji celów, dla których zgoda została udzielona tj. do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia.
3. Cardif ARD oświadcza, że w związku z przetwarzaniem danych osobowych, osobie, której dane są przetwarzane przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

*\*(na podstawie 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)*

Nr Umowy o kredyt

### I. Ubezpieczający

Nazwisko	<input type="text"/>		
Imiona	<input type="text"/>		
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Seria i nr dokumentu tożsamości	<input type="text"/>
Państwo urodzenia	<input type="text"/>		
Adres zamieszkania	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
	Miejscowość	Kod pocztowy	
	Województwo		
Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
	Miejscowość	Kod pocztowy	
	Województwo		
PESEL*	<input type="text"/>		
* W przypadku nierezydentów data urodzenia.			
Adres e-mail	<input type="text"/>		
	Nr telefonu <input type="text"/>		

Wskazany adres e-mail i numer telefonu będą wykorzystane tylko do komunikacji z Ubezpieczającym w sprawach związanych z Umową Ubezpieczenia i procesem obsługi roszczenia.

### II. Ubezpieczony

Ubezpieczonym może być wyłącznie Ubezpieczający, który w dniu wnioskowania o zawarcie Umowy Ubezpieczenia ukończył 18 lat, a nie ukończył 70 lat.

### III. Wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia

Wyrażam wolę zawarcia umowy indywidualnego ubezpieczenia, w ramach której MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa („MetLife”), udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wybranego przeze mnie i wskazanego w pkt V zakresu Ubezpieczenia na warunkach określonych w treści Ogólnych Warunków Ubezpieczenia nr 9024LS20 („OWU”) oraz zobowiązuję się do opłacenia składki za Ubezpieczenie w wysokości wskazanej w pkt V.

### IV. Oświadczenia

- Oświadczam, że otrzymałem/am Kartę Produktu, Informację dotyczącą przetwarzania danych osobowych i OWU nr 9024LS20, zostałem/am także poinformowany/a o konieczności zapoznania się z ich treścią.
- Oświadczam, że niniejsza Umowa Ubezpieczenia odpowiada zgłoszonym przeze mnie potrzebom i wymaganiom w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
- Upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, oraz osobę, która posiada dane o mnie i o moim zdrowiu, a także ubezpieczyciela, który posiada o mnie informacje, do udzielenia MetLife TUnŻiR S.A. lub jego reasekuratorom każdej informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustaleniu prawa do świadczenia z tytułu Ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie MetLife S.A. i jego reasekuratorom dokumentacji medycznej mojego leczenia oraz przyczyny śmierci (z wyłączeniem wyników badań genetycznych). Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia MetLife TUnŻiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności MetLife TUnŻiR S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.
- Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnienie spółce MetLife TUnŻiR S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26, moich danych osobowych przetwarzanych przez RCI Banque S.A. Oddział w Polsce w zakresie zgodnym z upoważnieniem złożonym przeze mnie RCI Banque S.A. Oddział w Polsce, tj. informacji wymienionych we wniosku o kredyt, Umowie o kredyt i innych informacji finansowych dotyczących udzielonego mi kredytu, dla celów związanych z wykonywaniem Umowy Ubezpieczenia. Przyjmuję do wiadomości, że wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z OWU Ubezpieczenie nie obejmuje zdarzeń powstałych na skutek chorób, które były zdiagnozowane lub leczone w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę zawarcia Umowy Ubezpieczenia i będących bezpośrednią przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w okresie 12 miesięcy od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Wyłączenie to nie ma zastosowania do kolejnych Umów Ubezpieczenia, jeśli okres między zakończeniem jednej Umowy Ubezpieczenia a zawarciem następnej Umowy Ubezpieczenia jest krótszy niż 2 miesiące.
- Dla Kredytobiorcy, który podpisał Umowę o kredyt z obowiązkiem spłaty w ratach miesięcznych:**  
Wyrażam wolę zawarcia Umowy Ubezpieczenia w ramach wariantu podstawowego / wariantu rozszerzonego\*.  
**Dla Kredytobiorcy, który podpisał Umowę o kredyt z obowiązkiem spłaty w ratach miesięcznych i wybrał wariant rozszerzony:**  
Jako Uposażonego z tytułu śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego wskazuję:

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL	Data urodzenia	Udział %
1.					
2.					

- Wyznaczam RCI Banque S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Marynarskiej 13, 02-674 Warszawa, jako uposażonego, uprawnionego do otrzymania świadczenia na wypadek mojej śmierci do wysokości salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu i jednocześnie składam dyspozycję, aby kwota świadczenia z tego tytułu została przekazana przez RCI Banque S.A. Oddział w Polsce na mój rachunek kredytowy w RCI Banque S.A. Oddział w Polsce.
- Składam dyspozycję, aby w przypadku przyznania mi świadczenia z tytułu hospitalizacji min. 3-dniowej w wyniku NW lub choroby, trwałej niezdolności do pracy lub czasowej niezdolności do pracy – jeśli dane ryzyko występuje w wariantcie przeze wybranym - kwoty świadczenia z tego tytułu zostały przekazane na mój rachunek kredytowy w RCI Banque S.A. Oddział w Polsce oraz wyrażam zgodę na zaspokojenie roszczeń wynikających z zawartej przeze mnie Umowy o kredyt przez RCI Banque S.A. Oddział w Polsce ze świadczeń przyznanych mi przez MetLife z tytułu Umowy Ubezpieczenia\*\*.
- W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy o kredyt wyrażam zgodę na bezpośrednie przekazanie składki przez MetLife TUnŻiR S.A. za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej na poczet wymagalnych należności przysługujących RCI Banque S.A. Oddział w Polsce wobec mnie z tytułu Umowy o kredyt\*\*.
- W przypadku woli wskazania innego/yh Uposażonego/yh niż RCI Banque S.A. Oddział w Polsce prosimy o wypełnienie formularza wskazania Uposażonych.
- Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny takiej osoby lub jej bliskim współpracownikiem („PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Tak  Nie

V. Zakres i sumy ubezpieczenia oraz składka (należy zaznaczyć wybrany zakres)

a) Dla umów ubezpieczenia w wariantcie PODSTAWOWYM w przypadku kredytów standardowych z obowiązkiem spłaty kwoty zadłużenia w ratach miesięcznych (z wyłączeniem kredytów z odroczoną ratą kapitałową)



Zakres ochrony	Suma ubezpieczenia	Stawka miesięczna
Śmierć	Zgodnie z art. 7 ust. 1 OWU	0,0518%
Trwała niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 2 OWU	0,0055%
Hospitalizacja min. 3-dniowa na skutek NW lub choroby	Zgodnie z art. 7 ust. 4 OWU	0,0518%
Czasowa niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 5 OWU	0,0109%
<b>Łączna stawka miesięczna</b>	—	<b>0,1200%</b>

b) Dla umów ubezpieczenia w wariantcie ROZSZERZONYM w przypadku kredytów standardowych z obowiązkiem spłaty kwoty zadłużenia w ratach miesięcznych (z wyłączeniem kredytów z odroczoną ratą kapitałową)



Zakres ochrony	Suma ubezpieczenia	Stawka miesięczna
Śmierć	Zgodnie z art. 7 ust. 1 OWU	0,0518%
Trwała niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 2 OWU	0,0055%
Śmierć w wyniku NW komunikacyjnego	Zgodnie z art. 7 ust. 3 OWU	0,0800%
Hospitalizacja min. 3-dniowa na skutek NW lub choroby	Zgodnie z art. 7 ust. 4 OWU	0,0518%
Czasowa niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 5 OWU	0,0109%
<b>Łączna stawka miesięczna</b>	—	<b>0,2000%</b>

c) Dla umów ubezpieczenia w przypadku kredytów promocyjnych z 1 ratą (na 12 miesięcy, z obowiązkiem spłaty całej kwoty zadłużenia w jednej racie)



Zakres ochrony	Suma ubezpieczenia	Stawka miesięczna
Śmierć	Zgodnie z art. 7 ust. 1 OWU	0,12330%
Trwała niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 2 OWU	0,01745%
<b>Łączna stawka miesięczna</b>	—	<b>0,14075%</b>

d) Dla umów ubezpieczenia w przypadku kredytów promocyjnych spłacanych w ratach, w odstępach dłuższych niż 1 miesiąc, udzielanych na okres do 24 miesięcy



Zakres ochrony	Suma ubezpieczenia	Stawka miesięczna
Śmierć	Zgodnie z art. 7 ust. 1 OWU	0,0928%
Trwała niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 2 OWU	0,0272%
<b>Łączna stawka miesięczna</b>	—	<b>0,1200%</b>

e) Dla umów ubezpieczenia w przypadku kredytów z odroczoną ratą kapitałową



Zakres ochrony	Suma ubezpieczenia	Stawka miesięczna
Śmierć	Zgodnie z art. 7 ust. 1 OWU	0,0644%
Trwała niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 2 OWU	0,0045%
Hospitalizacja min. 3-dniowa na skutek NW lub choroby	Zgodnie z art. 7 ust. 4 OWU	0,0423%
Czasowa niezdolność do pracy	Zgodnie z art. 7 ust. 5 OWU	0,0088%
<b>Łączna stawka miesięczna</b>	—	<b>0,1200%</b>

Składka za Ubezpieczenie obliczana jest jako iloczyn kwoty kredytu, łącznej stawki miesięcznej oraz liczby miesięcy okresu ochrony (równiej liczbie miesięcy okresu kredytowania). Płatna jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry za cały okres ochrony.

## VI. Potwierdzenie zawarcia Umowy Ubezpieczenia

1. Niniejsza Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia (SUU) po podpisaniu przez Ubezpieczającego i agenta ubezpieczeniowego, działającego w imieniu MetLife, stanowi potwierdzenie zawarcia Umowy Ubezpieczenia z MetLife w zakresie wskazanym przez Ubezpieczającego na warunkach określonych w OWU nr 9024LS20. Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta w dniu aktywacji Umowy o kredyt, który przypada nie wcześniej niż następnego dnia po podpisaniu przez Ubezpieczonego i agenta ubezpieczeniowego, działającego w imieniu MetLife, Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia
2. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia z osobą, która oświadczyła, że jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne („PEP”) w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, następuje dopiero po wyrażeniu zgody przez Członka Zarządu MetLife, kadrę kierowniczą wyższego szczebla lub osobę upoważnioną przez Zarząd MetLife.
3. Przedstawiciel agenta ubezpieczeniowego MetLife potwierdza: poniższy podpis na Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia został złożony osobiście przez Ubezpieczającego w mojej obecności, po potwierdzeniu jego tożsamości na podstawie oznaczonego wyżej dokumentu tożsamości.
4. O ile spełnione są warunki określone w OWU nr 9024LS20, odpowiedzialność MetLife rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki.
5. Niniejsza Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, przy czym jeden egzemplarz został przekazany Ubezpieczającemu.

---

Miejscowość, data

---

Podpis Ubezpieczającego (imię i nazwisko)

---

Imię i nazwisko przedstawiciela agenta ubezpieczeniowego, działającego w imieniu MetLife

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* Wykreślić w przypadku braku zgody.