WNIOSEK O PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW LUB POŻYCZKOBIORCÓW „BEZPIECZNY KREDYT – SANTANDER CONSUMER BANK”

I. OŚWIADCZENIE KREDYTOBIORCY / POŻYCZKOBIORCY DOTYCZĄCE ZASTRZEŻENIA NA JEGO RZECZ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ (OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ):

1. Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę i wnioskuję o zastrzeżenie na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej (objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową) w:
   - ☐ wariancie A czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 8 ust. 1 powołanych poniżej OWU (dla którego: początek i koniec odpowiedzialności COMPENSA – określony jest zgodnie z § 8 ust. 1 powołanych poniżej OWU; suma ubezpieczenia określona jest zgodnie z § 2 pkt 20) powołanych poniżej OWU),
   - ☐ wariancie B czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 8 ust. 2 powołanych poniżej OWU (dla którego: początek i koniec odpowiedzialności COMPENSA – określony jest zgodnie z § 8 ust. 2 powołanych poniżej OWU; suma ubezpieczenia:
     a) w okresie obowiązywania Umowy kredytu / pożyczki określona jest z zgodnie z § 2 pkt 20),
     b) po wygaśnięciu Umowy kredytu / pożyczki określona jest zgodnie z § 2 pkt 21),

     powołanych poniżej OWU),

   zgodnie z warunkami Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczającym tj. Santander Consumer Bank S.A. a Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group (COMPENSA) na podstawie:
   1) Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Kredytobiorców lub Pożyczkobiorców „Bezpieczny Kredyt – Santander Consumer Bank” ("**OWU**") o symbolu BRP-3615/BA oraz
   2) Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Kredytobiorców lub Pożyczkobiorców na wypadek całkowitego trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (OWUD) o symbolu BRP-3715/BA,

   potwierdzoną polisą nr 8401500004, **program ubezpieczeniowy: PODSTAWOWY**
2. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że ogólne warunki ubezpieczenia wskazane w rozdz. I ust. 1 pkt 1) i ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego wskazane w rozdz. I ust. 1 pkt 2) oraz Karta produktu zostały mi doręczone przed podpisaniem przeze mnie niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia i zapoznałem/am się z ich treścią, którą zrozumiałem/am, przed podpisaniem przeze mnie niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia, a także są mi znane wszelkie prawa i obowiązki wynikające z objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową oraz obowiązki Ubezpieczającego i COMPENSA. Oświadczam również, że zostałem poinformowany o swoim prawie żądania dostępu do

odpowiednich informacji, wskazanych w przepisach prawa, w szczególności w art. 20 ust. 7 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w art. 808 § 4 Kodeksu cywilnego.

3. Ja niżej podpisany/a przyjmuję do wiadomości, akceptuję i rozumiem, iż zostanę objęty/a ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia wskazanej w ust. 1 powyżej, jeżeli spełnione zostaną łącznie następujące warunki:
   1) Ubezpieczający zawrze ze mną Umowę kredytu / pożyczki,
   2) Ubezpieczający dokona zgłoszenia mnie jako Ubezpieczonego/ Współubezpieczonego do COMPENSA,
   3) COMPENSA zaakceptuje ryzyko ubezpieczeniowe związane z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową,
   4) Ubezpieczający opłaci należną składkę ubezpieczeniową.

II. OŚWIADCZENIE KREDYTOBIORCY / POŻYCZKOBIORCY DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH:

1. Ja niżej podpisany/a oświadczam że:
   1) wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Santander Consumer Bank S.A. i przekazywanie do COMPENSA oraz Agenta ubezpieczeniowego za pośrednictwem którego została zawarta Umowa ubezpieczenia tj. Santander Consumer Multirent Sp. z o.o., z siedzibą we Wrocławiu oraz na przetwarzanie przez COMPENSA i jej reasekuratorów oraz Agenta ubezpieczeniowego – Santander Consumer Multirent Sp. z o.o., z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych i informacji zawartych: w niniejszym wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia, we wniosku o kredyt / pożyczkę, w Umowie kredytu / pożyczki, w Harmonogramie spłaty rat - związanych z objęciem Kredytobiorcy / Pożyczkobiorcy Umową ubezpieczenia wskazaną w rozdz. I ust. 1 powyżej, wykonywaniem tej Umowy ubezpieczenia, jak i Umowy kredytu / pożyczki, a także danych, w tym objętych tajemnicą bankową dotyczących: udzielonej oraz aktualnej kwoty kredytu / pożyczki, daty uruchomienia kredytu / pożyczki, wysokości oraz częstotliwości spłat oraz wysokości oprocentowania; jak również danych dotyczących mojego stanu zdrowia, z wyłączeniem badań genetycznych, niezbędnych do objęcia mnie Umową ubezpieczenia wskazaną w rozdz. I ust. 1 powyżej oraz Umową kredytu / pożyczki oraz przekazywania przez COMPENSA powyższych danych za granicę w celu zawarcia umów reasekuracji. COMPENSA może wykorzystywać niniejsze dane wyłącznie do celów związanych z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia. Santander Consumer Bank S.A. może wykorzystywać powyższe dane wyłącznie do celów związanych z wykonywaniem Umowy kredytu / pożyczki. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Ubezpieczającego do COMPENSA kopii Umowy kredytu / pożyczki, Harmonogramu spłaty rat, zaświadczenia o kwocie zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
   2) zgodnie z art. 24 ust. 1. ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że:
      a) administratorem moich danych osobowych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162,

b) dane przekazane przeze mnie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group będą wykorzystane przez COMPENSA w celu i zakresie związanym z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia,
c) przysługuje mi prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania,
d) zgoda na udostępnienie COMPENSA moich danych osobowych jest dobrowolna,

3) wyrażam zgodę, w trybie art. 38 ust. 6 w związku z ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych o informacje o moim stanie zdrowia, przebiegu leczenia i przyczynie śmierci z wyłączeniem wyników badań genetycznych,
4) wyrażam zgodę, w trybie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, na udostępnianie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group innemu zakładowi ubezpieczeń na jego pisemne żądanie, moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu Umowy ubezpieczenia i jego wysokości,
5) wyrażam zgodę, w trybie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia,
6) oświadczam, że wszelkie dane zawarte w niniejszym Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

1…….
Data, imię i nazwisko, PESEL oraz podpis Ubezpieczonego

2……..
Data, imię i nazwisko PESEL oraz podpis Współubezpieczonego

3……
Data, imię i nazwisko PESEL oraz podpis Współubezpieczonego

4…….
Data, imię i nazwisko PESEL oraz podpis Współubezpieczonego

III. OŚWIADCZENIE KREDYTOBIORCY / POŻYCZKOBIORCY DOTYCZĄCE WSKAZANIA UPOSAŻONEGO GŁÓWNEGO I UPOSAŻONEGO ZASTĘPCZEGO:

1. Ja niżej podpisany/a wskazuję następujące osoby jako Uposażonego głównego i Uposażonego zastępczego do otrzymania świadczenia w przypadkach określonych w OWU i OWUD:

Uposażony główny:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres do korespondencji	PESEL / Data urodzenia / REGON	% udział świadczenia
1.				
2.				
3.				

Uposażony zastępczy:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres do korespondencji	PESEL / Data urodzenia / REGON	% udział świadczenia
1.				
2.				
3.				

1……
….
Data, imię i nazwisko, PESEL oraz podpis Ubezpieczonego

2. Ja niżej podpisany/a wskazuję następujące osoby jako Uposażonego głównego i Uposażonego zastępczego do otrzymania świadczenia, w przypadkach określonych w OWU i OWUD:

Uposażony główny:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres do korespondencji	PESEL / Data urodzenia / REGON	% udział świadczenia
1.				

2.				
3.				

Uposażony zastępczy:

Lp.	Imię i nazwisko	Adres do korespondencji	PESEL / Data urodzenia / REGON	% udział świadczenia
1.				
2.				
3.				

2……
….
Data, imię i nazwisko, PESEL oraz podpis Współubezpieczonego

IV. OŚWIADCZENIE KREDYTOBIORCY / POŻYCZKOBIORCY DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA:

UWAGA: *W przypadku, gdy Kredytobiorca / Pożyczkobiorca nie będzie mógł złożyć podpisu pod zamieszczoną poniżej treścią oświadczenia (prosimy dodatkowo o wypełnienie Ankiety medycznej), do objęcia ochroną ubezpieczeniową wymagana będzie zgoda COMPENSA, której wydanie poprzedzone zostanie indywidualną oceną ryzyka ubezpieczeniowego.*

1. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:
   1) w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie byłem/am leczony/a szpitalnie lub operowany/a,
   2) nie przebywam i w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 21 kolejnych dni,
   3) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie uległem/am Nieszczęśliwemu wypadkowi, który spowodował u mnie uraz lub trwały uszczerbek na zdrowiu,
   4) nigdy nie ubiegałem/am się o uznanie mnie jako niezdolnego/ej do wykonywania jakiejkolwiek pracy lub niepełnosprawnego/ej,
   5) nigdy nie orzeczono u mnie niezdolności do pracy lub stopnia niepełnosprawności,
   6) w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie zalecono mi wykonania badań diagnostycznych lub konsultacji lekarskiej w związku z nieprawidłowymi

wynikami badań medycznych, wykrytymi nieprawidłowościami zdrowotnymi lub odczuwanymi przeze mnie dolegliwościami (np. dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, bóle brzucha, utrata przytomności, zaburzenia równowagi),

7) nie zdiagnozowano u mnie żadnej z następujących chorób lub dolegliwości: choroba nowotworowa, białaczka, choroba serca, nadciśnienie tętnicze, dolegliwości ze strony układu krążenia, udar mózgu, padaczka, choroba płuc, duszności, stwardnienie rozsiane, choroba żołądka, jelit, wątroby, trzustki, cukrzyca, choroba nerek, niedowład, zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania (depresja, nerwica, próby samobójczej), nadużywania alkoholu, środków odurzających, leków, nie stwierdzono u mnie nosicielstwa wirusa HIV, zespół upośledzenia odporności (AIDS), wady wrodzonej lub poważnego urazu,

8) Podaję adres lekarza rodzinnego ……..
oraz adresy innych placówek medycznych, w których jestem/byłem/am leczony/a:
……
……..……
……..

1……
….
Data, imię i nazwisko, PESEL oraz podpis Ubezpieczonego

2. Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:
   1) w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie byłem/am leczony/a szpitalnie lub operowany/a,
   2) nie przebywam i w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłużej niż 21 kolejnych dni,
   3) w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie uległem/am Nieszczęśliwemu wypadkowi, który spowodował u mnie uraz lub trwały uszczerbek na zdrowiu,
   4) nigdy nie ubiegałem/am się o uznanie mnie jako niezdolnego/ej do wykonywania jakiejkolwiek pracy lub niepełnosprawnego/ej,
   5) nigdy nie orzeczono u mnie niezdolności do pracy lub stopnia niepełnosprawności,
   6) w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego Wniosku o przystąpienie do umowy ubezpieczenia nie zalecono mi wykonania badań diagnostycznych lub konsultacji lekarskiej w związku z nieprawidłowymi wynikami badań medycznych, wykrytymi nieprawidłowościami zdrowotnymi lub odczuwanymi przeze mnie dolegliwościami (np. dolegliwości bólowe w klatce piersiowej, bóle brzucha, utrata przytomności, zaburzenia równowagi),
   7) nie zdiagnozowano u mnie żadnej z następujących chorób lub dolegliwości: choroba nowotworowa, białaczka, choroba serca, nadciśnienie tętnicze,

dolegliwości ze strony układu krążenia, udar mózgu, padaczka, choroba płuc, duszności, stwardnienie rozsiane, choroba żołądka, jelit, wątroby, trzustki, cukrzyca, choroba nerek, niedowład, zaburzenia psychiczne, zaburzenia zachowania (depresja, nerwica, próby samobójczej), nadużywania alkoholu, środków odurzających, leków, nie stwierdzono u mnie nosicielstwa wirusa HIV, zespół upośledzenia odporności (AIDS), wady wrodzonej lub poważnego urazu,

8) Podaję adres lekarza rodzinnego …… oraz adresy innych placówek medycznych, w których jestem/byłem/am leczony/a:
……
……..……
……..

1……
….
Data, imię i nazwisko, PESEL oraz podpis Współubezpieczonego