



Wniosek o prolongatę terminu spłaty raty kapitałowej z rozłożeniem jej płatności na raty kapitałowo-odsetkowe w kredycie standardowym o poniższych parametrach:

Część A

KWOTA KREDYTU = kapitał pozostały do spłaty,
pomniejszony o ewentualną częściową spłatę:

OKRES KREDYTOWANIA
(w miesiącach)

12

24

36

48

60

72

STOPA STAŁA z ubezpieczeniem
Kredytobiorcy

8,99%

8,99%

8,99%

8,99%

8,99%

8,99%

STOPA STAŁA bez ubezpieczenia
Kredytobiorcy

11,49%

11,49%

11,49%

11,49%

11,49%

11,49%

NALEŻY ZAZNACZYĆ WARIANT
OPROCENTOWANIA PRZY
WYBRANYM OKRESIE
KREDYTOWANIA

Część B

DANE WNIOSKODAWCY osoby fizycznej – w przypadku kilku współkredytobiorców niebędących współmałżonkami, każdy wypełnia oddzielnie.

Imię (imiona)

Nazwisko

Seria i nr dowodu osobistego

PESEL

Pracodawca / Firma

NIP

Stale miesięczne zobowiązania wynikające z:
zaciągniętych kredytów (raty kredytowe w tym
również wynikające z przyznanych limitów
kredytowych), rat leasingu konsumenckiego,
zobowiązań wobec ZUS lub/i US, zasądzonych
alimentów lub/i rent, itp.*:

Adres

REGON

Dochód miesięczny netto wszystkich w gosp.
domowym zobowiązanych do spłaty*:

Status mieszkaniowy (*zakreślić właściwy)

*1- z rodzicami,

*2- własność,

*3- spółdzielnia,

*4- wynajem.

Adres do korespondencji (jeżeli uległ zmianie)

Tel. Domowy

Tel. Komórkowy

Adres e-mail

Dane współmałżonka w przypadku braku rozdzielności majątkowej

Imię (imiona)

Nazwisko

Seria i nr dowodu osobistego

PESEL

Pracodawca / Firma

NIP

* należy podać miesięczne zobowiązania
kredytowe obojga małżonków oraz innych osób
pozostających we wspólnym gospodarstwie
domowym, prosimy by nie ujmować tu
miesięcznych kosztów utrzymania gospodarstwa
domowego, gdyż Bank przyjmuje je wg. danych
statystycznych

Adres

REGON

* należy podać sumę dochodów netto
kredytobiorcy wraz ze współmałżonkiem

Czy posiada Pan/Pani ochronę zabezpieczenia na nowe zobowiązanie kredytowe w razie choroby, następstw nieszczęśliwego wypadku lub śmierci?

☐ NIE POSIADAM

☐ TAK POSIADAM

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, o moich zobowiązaniach, 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 potrzeb w celu zaproponowania ochrony ubezpieczeniowej, a przedstawiona oferta w pełni odpowiada moim potrzebom i wymaganiom.

Miejscowość: _____ Data: _____

Podpis Kredytobiorcy (wraz ze współmałżonkiem lub osobą uprawnionych do ich reprezentowania):

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.

Confidential C



Polisa

Indywidualne Ubezpieczenie Spłaty Kredytu - Pakiet Basic

Ubezpieczenie na wypadek Śmierci, Trwałego całkowitego inwalidztwa i Hospitalizacji Ubezpieczonego

Nr Polisy	
Numer umowy Kredytu	
Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej	
Okres ochrony ubezpieczeniowej (w miesiącach)	
Wartość nominalna kredytu	

I. Ubezpieczający

Nazwisko/ Nazwa Firmy (jeśli dotyczy) *			
Imiona			
Adres zamieszkania/ siedziba	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
	Miejscowość	Kod pocztowy	
	Województwo		
Adres do korespondencji	Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
	Miejscowość	Kod pocztowy	
	Województwo		
PESEL **/ Nr NIP ***			
Data urodzenia			
	Adres e-mail	Nr telefonu	
Wskazany adres e-mail i numer telefonu będą wykorzystane tylko do komunikacji z Ubezpieczającym w sprawach związanych z Umową Ubezpieczenia i procesem obsługi roszczenia. Ubezpieczonym może być wyłącznie Ubezpieczający, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ukończył 18 lat, a nie ukończył 65 lat			

* Nazwa firmy < tylko jeśli Ubezpieczający jest osobą prawną >

** W przypadku braku nr PESEL podać Nr Paszportu lub dokumentu tożsamości

*** NIP < tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą prawną lub osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą - jednoosobową działalność gospodarczą >

II. Ubezpieczony

Ubezpieczonym może być wyłącznie osoba fizyczna, która z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest rezydentem Polski oraz ma co najmniej 18 lat i nie więcej niż 65 lat.

Ubezpieczający wskazuje jako Ubezpieczonego*:

Nazwisko	Imiona	PESEL	Data Urodzenia

* Uzupełnić tylko w przypadku, gdy Ubezpieczony różni się od Ubezpieczającego

III. Ubezpieczyciel

RCI Life Limited (śmierć)/ **RCI Insurance Limited** (trwałe całkowite inwalidztwo, hospitalizacja), Level 3, Mercury Tower, The Exchange Financial & Business Centre, Triq Elia Zammit, St Julians STJ 3155, Malta

IV. Dane przedstawiciel ubezpieczyciela do spraw obsługi szkód

RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, ul. Marynarska 13, 02-674 Warszawa, Polska, email: roszczenia@rcibanque.com

V. Wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia

Wyrażam wolę zawarcia Ubezpieczenia Spłaty Kredytu obejmującego choroby i nieszczęśliwe wypadki do których doszło w okresie obowiązywania Polisy ubezpieczeniowej i które doprowadziły do Śmierci lub Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

VI. Oświadczenia Ubezpieczającego

1. Deklaruję, że z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony jest rezydentem Polski oraz, że ma ukończone co najmniej 18 lat i nie więcej niż 65 lat, Niniejsza Polisa ubezpieczeniowa jest uznana za niezawartą w przypadku, gdy to oświadczenie jest niezgodne z prawdą
2. Oświadczam, że jest świadomy/a i otrzymałem/am, przed datą podpisania niniejszej Indywidualnej Polisy ubezpieczeniowej: (i) Kartę produktu zawierającą wszystkie informacje wymagane zgodnie z przepisami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, (ii) Dokument Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, (iii) Dokument Informacji o Produkcie Ubezpieczeniowym zgodnie z art. 8 ust. 4 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń (iv) Ogólne Informacje o Ochronie i Przetwarzaniu Danych Osobowych, oraz otrzymałem informację o Pośredniku zgodnie z art. 22 ust. 1 pkt 2-6 oraz ust. 2-4 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń
3. 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 i niniejsza Umowa Ubezpieczenia odpowiada zgłoszonym przeze mnie potrzebom i wymaganiom w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.
4. Akceptuję zawarcie niniejszej Polisy ubezpieczeniowej po zapoznaniu się i zrozumieniu warunków jej obowiązywania, a w szczególności warunków dotyczących Składki, terminu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, okresu obowiązywania i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, wyłączeń oraz obowiązujących przepisów prawa.

VII. Uposażony

Ubezpieczający wyznacza RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce jako Uposażonego z Polisy ubezpieczeniowej. W przypadku, gdy Uposażony postanowi nie wykonywać swoich praw wynikających z Polisy ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest uprawniony do samodzielnego egzekwowania roszczeń wynikających z Polisy bezpośrednio po otrzymaniu od Uposażonego pisemnej informacji, że Uposażony zdecydował się nie wykonywać roszczeń wynikających z polisy zgodnie z art. XIV Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

VIII. Oświadczenia Ubezpieczyciela jako administratora danych osobowych

1. RCI Life Limited i RCI Insurance Limited, w zależności od ochrony ubezpieczeniowej (odpowiednio RCI Life Limited zapewnia ochronę w przypadku śmierci, a RCI Insurance Limited w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa i hospitalizacji), z siedzibą na Malcie pod adresem Level 3, Mercury Tower, The Exchange Financial & Business Centre, Triq Elia Zammit, St Julians STJ 3155, niniejszym informuję, że przekazywane przez Ciebie we niniejszym wniosku dane osobowe oraz wszelkie inne dane osobowe, do których uzyskano dostęp lub które zostały wygenerowane w późniejszym terminie w związku z niniejszym wnioskiem, będą przetwarzane przez RCI Life Limited i RCI Insurance Limited, w zależności od ochrony ubezpieczeniowej, jako administratorów danych osobowych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i rozpatrzenia wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową. Wspomniane dane osobowe, jak również te uzyskane lub wygenerowane w ramach obsługi Polisy ubezpieczeniowej, będą również przetwarzane w celu jej obsługi, realizacji i nadzoru.
2. Ponadto, podpisując niniejszą Polisę ubezpieczeniową, wyrażasz zgodę na przetwarzanie Twoich danych osobowych przez RCI Life Limited i RCI Insurance Limited, w zależności od ochrony ubezpieczeniowej, w celu administrowania, utrzymywania i monitorowania Twojej Polisy ubezpieczeniowej.
3. Niepodanie wymaganych danych osobowych spowoduje brak możliwości zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia.
4. Podpisując ten dokument potwierdzasz, że Twoje dane osobowe, o których mowa w tym paragrafie mogą być przekazane RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą przy ul. Marynarskiej 13, 02-674 Warszawa, jako Uposażonemu oraz finansującemu Składkę, w celu zarządzania i kontroli Polisy ubezpieczeniowej oraz wywiązywania się z wynikających z niej obowiązków.
5. Prawnie uzasadnionym powodem przetwarzania danych osobowych jest (i) realizacja i nadzór nad Polisą Ubezpieczeniową oraz (ii) zgodność z zgodność z obowiązkami prawnymi, którym podlega RCI Life Limited, RCI Insurance Limited i/lub RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce. Dane osobowe będą przetwarzane przez te podmioty przez okres obowiązywania Polisy ubezpieczeniowej, a po tym okresie będą przechowywane przez okres 3 lat wyłącznie w celu zapewnienia zgodności z obowiązującymi przepisami prawa lub ustalenia, dochodzenia lub obrony przed roszczeniami. Jednocześnie informujemy, że wszelkie roszczenia i wnioski związane z ochroną danych osobowych można zgłaszać do właściwego organu ochrony danych osobowych, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, adres: Stawki 2 Street, 00 – 193 Warszawa, numer telefonu: 22 531 03 00, adres e-mail: kancelaria@uodo.gov.pl.
6. Informujemy także, że możesz skorzystać z prawa dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, przenoszenia, sprzeciwu oraz niepodlegania decyzjom opartym wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu (profilowaniu), wysyłając pisemny wniosek do RCI Life Limited lub RCI Insurance Limited, z dopiskiem „Ochrona danych osobowych”, na następujący adres: RCI Life Limited / RCI Insurance Limited, Level 3, Mercury Tower, The Exchange Financial & Business Centre, Triq Elia Zammit, St Julian's – STJ 3155 Malta, email: dataprotectionofficer-malta@rcibanque.com.

IX. Właściwość sądu w przypadku sporu

Ubezpieczający może wytoczyć powództwo przeciwko Ubezpieczycielowi z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia według przepisów o właściwości ogólnej, tj. przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

X. Zakres i sumy ubezpieczenia oraz składka

Zakres ochrony

Suma Ubezpieczenia

Śmierć

Kapitał pozostający do spłaty przez Ubezpieczającego w dniu Śmierci Ubezpieczonego w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Umową finansową zawartą z RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce.

Trwałe całkowite inwalidztwo

Kapitał pozostający do spłaty przez Ubezpieczającego w dniu wystąpienia Trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z Umową finansową zawartą z RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce.

Hospitalizacja

Świadczenie jest równe miesięcznym ratom należnym RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce podczas gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu, z zastrzeżeniem limitów określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

Kwota składki płatnej z góry

.....

Łączna kwota składki zawiera wszystkie opłaty i koszty ubezpieczenia. Poza opłatą składki ochrona ubezpieczeniowa nie wiąże się z żadnymi dodatkowymi kosztami.

Wyrażam zgodę na poniesienie kosztu Składki i wnioskuję o jej sfinansowanie przez RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczającego (imię i nazwisko)

Imię i nazwisko pośrednika ubezpieczeniowego, działającego w imieniu RCI Insurance



Thomas Groleau, dyrektor zarządzający

RCI Insurance Limited



Thomas Groleau, dyrektor zarządzający

RCI Life Limited