

WARUNKI UBEZPIECZENIA
„OCHRONA DLA CIEBIE”

Ubezpieczenia

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Umowa na Życie: § 2 (definicje): pkt 5 ppkt 1, pkt 6, pkt 13, pkt 25 - 26; § 3 ust. 1 i 2 Umowa Majątkowa: § 2 (definicje): pkt 4, pkt 5 ppkt 2, pkt 6, pkt 10, pkt 12, pkt 13, pkt 17, pkt 22-24, pkt 27 § 3 ust. 3 i 4.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	Umowa na Życie: § 2 (definicje): pkt 9, 21; § 4 ust. 2 pkt 1; § 6 ust. 1-3; § 10 ust. 7 Umowa Majątkowa: § 2 (definicje): pkt 12: ppkt 1 zd. 2, ppkt 2 zd. 3, ppkt 6 zd. 2, pkt 21; § 4 ust. 2 pkt 2 i 3; § 6 ust. 4-5; § 11, § 12 ust. 4, § 13 ust. 3.

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie” obejmujących warunki ubezpieczenia na życie oraz warunki ubezpieczenia na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (dalej „WU”), pożyczkobiorcy mogą zawrzeć następujące Umowy Ubezpieczenia:
 - na życie z PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w zakresie ryzyka zgonu (dalej „Umowa na Życie”) lub
 - na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w zakresie ryzyk Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (dalej „Umowa Majątkowa”).
- Na potrzeby WU, termin „Umowa Ubezpieczenia” używany jest zarówno w stosunku do Umowy na Życie jak i Umowy Majątkowej, a także stosowany jest w sytuacjach, w których zapis WU dotyczy obu Umów Ubezpieczenia, zaś podmioty wymienione w ust. 1 zwane są Ubezpieczycielem odpowiednio do danej Umowy Ubezpieczenia.
- Pożyczkobiorca zainteresowany ochroną ubezpieczeniową może zawrzeć obie Umowy Ubezpieczenia albo jedną z nich.

- Za treść i realizację postanowień dotyczących Umowy na Życie odpowiada wyłącznie PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. co oznacza, że nie ponosi odpowiedzialności za treść i realizację Umowy Majątkowej, za którą odpowiada wyłącznie PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

§ 2. DEFINICJE

Użyte w WU definicje mają następujące znaczenie (w przypadku, gdy definicja odnosi się wyłącznie do jednej Umowy Ubezpieczenia, informacja o tym znajduje się w treści definicji);

- Bank** - PKO Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
- Bezrobotny z Prawem do Zasiłku** - osoba fizyczna mająca status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy (Umowa Majątkowa);
- Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach lub całym ustroju;
- Działalność gospodarcza** - pozarolnicza działalność w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, wykonywana przez Ubezpieczonego będącego osobą fizyczną we własnym imieniu lub w formie spółki osobowej, z wyłączeniem działalności wymienionej w art. 3 tej ustawy i podlegająca wpisowi do właściwego rejestru w Rzeczypospolitej Polskiej (Umowa Majątkowa);

5. **Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego:** w zależności od ryzyka jeden z poniższych dni zaistniałych w Okresie Ochrony:
 - 1) w Umowie na Życie - dzień zgonu wskazany w akcie zgonu,
 - 2) w Umowie Majątkowej, w przypadku:
 - a) Utraty Źródła Dochodu - dzień uzyskania statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku,
 - b) Poważnego Zachorowania - w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych oraz transplantacji głównych narządów - dzień dokonania zabiegu operacyjnego,
 - dla zaawansowanej niewydolności nerek - dzień wystawienia zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki,
 - dla zaawansowanego nowotworu złośliwego - data wyniku badania histopatologicznego, potwierdzającego obecność zaawansowanego nowotworu złośliwego po raz pierwszy,
 - udar mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym lub zawał serca z uniesieniem odcinka ST- dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę,
 - c) Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku - dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją medyczną;
6. **Nieszczęśliwy Wypadek** - nagłe i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - 1) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - 3) nastąpiło w trakcie Okresu Ochrony, a skutki zdarzenia pozostają w adekwatnym związku z Przyczyną Zewnętrzną.
7. **Okres Ochrony** - okres wskazany we wniosko-polisie, w którym wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego skutkuje odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, o ile Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpi w tym okresie;
8. **Pierwotny Harmonogram** - harmonogram określający terminy płatności Rat i ich wysokości oraz Saldo Zadłużenia po spłacie każdej Raty, wynikający z umowy Pożyczki Gotówkowej na dzień jej zawarcia;
9. **Pierwotny Udział Procentowy** - ustalany w momencie zawarcia Umowy na Życie udział danego pożyczkobiorcy w Sumie Ubezpieczenia równy 100%, gdy ochroną objęty jest jeden Ubezpieczony albo 50%, w przypadku gdy ochroną objętych jest dwóch Ubezpieczonych;
10. **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** - trwający nieprzerwanie co najmniej 2 (dwa) dni pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w Okresie Ochrony, którego celem jest leczenie następstw Nieszczęśliwego Wypadku (Umowa Majątkowa);
11. **Pożyczka Gotówkowa** - pożyczka gotówkowa udzielona pożyczkobiorcy będącemu osobą fizyczną, który zawarł z PKO Bankiem Polskim SA umowę Pożyczki Gotówkowej;
12. **Poważne Zachorowanie** - zajście jednego z poniższych zdarzeń, które wystąpiło w Okresie Ochrony z tytułu Umowy Majątkowej, potwierdzone przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny:
 - 1) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)** - dokonanie w działającym zgodnie z prawem Szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Z zakresu ubezpieczenia **wyłączone zostają** wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszłornej;
 - 2) **udar mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym** - nagłe zaburzenia w krążeniu mózgowym, polegające na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału pochodzenia pozaczaskowego, powodujące następstwa neurologiczne utrzymujące się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę na podstawie typowych objawów neurologicznych i typowych zmian w badaniu tomograficznym mózgu lub w rezonansie mózgu. Z zakresu ubezpieczenia **wyłączone zostają** objawy mózgowie związane z tzw. "przemijającym niedokrwieniem mózgu", z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu, a także schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsińkowego oraz mikroudary tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
 - 3) **zawał serca uniesieniem odcinka ST** - zaistniała w Okresie Odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę. Jako kryteria rozpoznawcze zawału serca z uniesieniem odcinka ST przyjmuje się wystąpienie wszystkich z wymienionych niżej objawów:
 - typowe objawy bólu w klatce piersiowej lub ich odpowiedniki,
 - pojawienie się nowych zmian w EKG, typowych dla zawału serca,
 - podwyższony poziom we krwi enzymów wskaźnikowych zawału serca z uniesieniem odcinka ST np.: CK(MB), CPK, mioglobina, troponiny;**Wyklucza się:**
 - zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI),
 - inne ostre zespoły wieńcowe (np. niestabilna choroba wieńcowa),
 - bezobjawowe zawały serca.
- 4) **transplantacja głównych narządów** - operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przeżył chory w charakterze biorcy;
- 5) **zaawansowana niewydolność nerek** - schyłkowa postać niewydolności nerek charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie przewlekłych dializ lub przeszczep nerki;
- 6) **zaawansowany nowotwór złośliwy** - guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki; pojęciem tym objęte są również białaczki, za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotwory układu limfatycznego; obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego. **Nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu WU stwierdzenie u Ubezpieczonego występowania następujących wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych:**
 - guzów opisywanych jako raki in situ, w tym dysplazja szyjki CIN - 1, CIN - 2, CIN - 3 lub histologicznie opisywanych jako zmiany przedinwazyjne;
 - czerniaków złośliwych o maksymalnej grubości poniżej 1,5 mm określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowanych poniżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
 - nowotworów podstawonokomórkowych skóry oraz zmian opisywanych jako hiperkeratozy;
 - nowotworów płaskonabłonkowych skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów;
 - choroby Hodgkina w pierwszym stadium;
 - mięsaków Kaposi'ego i innych guzów związanych z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
 - nowotworów prostaty histologicznie opisywanych jako T1 w Klasyfikacji TNM łącznie z T1(a) lub T1(b) lub równoważnych według innej klasyfikacji;
13. **Przyczyna Zewnętrzna** - działanie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, która spowodowała powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów);
14. **Rata** - rata kapitałowo-odsetkowa Pożyczki Gotówkowej wynikająca z Pierwotnego Harmonogramu, której płatność przypada w Okresie Ochrony;
15. **Szpital** - działająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielenie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca personel medyczny. W rozumieniu niniejszego OWU Szpitalem nie jest: dom opieki, ośrodek lub szpital dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgniarska, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień, placówka zajmująca się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną (za wyjątkiem przypadków, kiedy wykonuje zabieg ograniczający lub eliminujący skutki Nieszczęśliwego Wypadku), ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, uzdrowiskowy, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy. Za Szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego (Umowa Majątkowa);
16. **Saldo Zadłużenia** - kwota, jaka pozostała pożyczkobiorcy do spłacenia na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, ale nie więcej niż kwota wynikająca z Pierwotnego Harmonogramu (Umowa na Życie);
17. **Stosunek pracy** - zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę, stosunku służbowego: mianowania, powołania, wyboru, kontraktu menadżerskiego, kontraktu żołnierskiego, do których zastosowanie mają przepisy prawa polskiego (Umowa Majątkowa);
18. **Suma Ubezpieczenia** - górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, która w Umowie na Życie jest równa Saldu

Zadłużenia wynikającemu z Pierwotnego Harmonogramu, zaś w Umowie Majątkowej wynosi nie więcej niż 12 Rat;

19. **Ubezpieczający** – strona Umowy Ubezpieczenia, zobowiązana do zapłacenia składki ubezpieczeniowej;
20. **Ubezpieczony** – wskazany we wniosko-polisie pożyczkobiorca, któremu jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa;
21. **Udział Procentowy** – ustalany w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia i aktualizowany w związku ze zmianą liczby pożyczkobiorców udział danego pożyczkobiorcy w Sumie Ubezpieczenia równy 100%, gdy ochroną objęty jest jeden Ubezpieczony albo 50%, w przypadku dwóch Ubezpieczonych;
22. **Utrata Źródła Dochodu** – w ramach Umowy Majątkowej ryzyko Utraty zatrudnienia lub Utraty dochodu z Działalności gospodarczej;
23. **Utrata dochodu z Działalności gospodarczej** – w ramach Umowy Majątkowej ryzyko utraty dochodu z Działalności gospodarczej spowodowane sytuacją losową, niezależną od woli Ubezpiezonego, o ile zostały spełnione łącznie kryteria:
 - 1) nastąpiło zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej w Okresie Ochrony;
 - 2) Ubezpieczony nie prowadzi jakiegokolwiek Działalności gospodarczej ani nie posiada źródła zatrudnienia wymienionego w pkt 24,
 - 3) Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku;
24. **Utrata zatrudnienia** – w ramach Umowy Majątkowej ryzyko utraty dochodu z tytułu Stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, do której zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego lub kontraktu marynarskiego, do którego stosuje się postanowienia układu pracy zatwierdzone przez International Transport Workers' Federation (ITF), o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
 - 1) nastąpiło ustanie zatrudnienia na skutek oświadczenia woli złożonego po zawarciu Umowy Majątkowej,
 - 2) Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku;
25. **Uposażony Główny** – osoba/podmiot wskazany przez Ubezpiezonego w Umowie na Życie uprawniony do żądania spełnienia przez Ubezpieczyciela świadczenia w razie jego zgonu, do wysokości iloczynu Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
26. **Uposażony Dodatkowy** – osoba/podmiot wskazany przez Ubezpiezonego w Umowie na Życie uprawniony do żądania spełnienia przez Ubezpieczyciela świadczenia w przypadku zgonu Ubezpiezonego, w wysokości stanowiącej różnicę między iloczynem Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia, a iloczynem Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia;
27. **Zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej – ryzyko** w ramach Umowy Majątkowej oznaczające datę wykreślenia prowadzenia Działalności gospodarczej odnotowaną w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG) lub Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS). Zawieszenie Działalności gospodarczej nie stanowi Zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej;
28. **Zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego** – zaświadczenie na podstawie którego przyznaje się Ubezpieczonemu świadczenia w ramach Umowy Majątkowej z tytułu wystąpienia Poważnego Zachorowania lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w podwójnej wysokości, zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 1 pkt 1 i § 14 ust. 1 pkt 1. W przypadku:
 - 1) emerytów i rencistów – zaświadczenie z ZUS lub innego organu rentowego o przyznaniu emerytury lub renty,
 - 2) rolników i małżonków rolników – zaświadczenie z KRUS o opłaceniu składek na KRUS,
 - 3) pracujących w ramach Stosunku Pracy – zaświadczenie/a od pracodawcy/ów, z którego/ych wynika długość zatrudnienia w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego
 - 4) pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej – wypełnione oświadczenie zawarte w formularzu świadczeniowym;
 - 5) prowadzących działalność gospodarczą – wypis z CEIDG lub rejestru przedsiębiorców KRS lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru.
29. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – niezależne od woli Ubezpiezonego, jedno ze zdarzeń określonych w § 3.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

UMOWA NA ŻYCIE

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpiezonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko zgonu Ubezpiezonego zaistniałego w Okresie Ochrony.

UMOWA MAJĄTKOWA

3. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpiezonego lub zdrowie Ubezpiezonego i źródło jego dochodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia i przynależnością do niżej opisanych grup (Grupy):
 - 1) **Grupa I:** Ubezpieczony, który ma status emeryta lub rencisty, albo jest rolnikiem lub małżonkiem/małżonką rolnika, albo nie uzyskuje dochodu z Działalności gospodarczej lub Stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej albo Ubezpieczony, który w okresie ostatnich 18 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego pracował krócej niż 12 miesięcy, albo uzyskuje dochód poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i ma podpisaną umowę na podstawie prawa - obcego, ale mieszka na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej objęty jest ochroną w zakresie Poważnego Zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) **Grupa II:** Ubezpieczony, który w okresie ostatnich 18 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego był zatrudniony lub prowadził Działalność gospodarczą przez co najmniej 12 miesięcy - objęty jest ochroną w zakresie Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku oraz w zakresie ryzyka Utraty Źródła Dochodu, pod warunkiem uzyskania statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku.
4. Na dzień zawarcia Umowy Majątkowej, Ubezpieczony kwalifikowany jest do określonej Grupy z ust. 3, która ulega zmianie w przypadku zmiany kryteriów po stronie Ubezpiezonego. Ostateczna weryfikacja przynależności do danej Grupy dokonywana jest na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
5. Kwalifikacja do danej Grupy ubezpieczenia wpływa na wysokość świadczenia w tytułu Poważnego Zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zgodnie z § 13-14.

§ 4. OKRES OCHRONY

1. Okres Ochrony rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wypłaty kwoty Pożyczki Gotówkowej, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia stosuje się okres karencji, w czasie którego wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu zgonu – w okresie 30 dni liczonych od zawarcia Umowy na Życie (nie dotyczy przypadków, w których przyczyną zgonu był Nieszczęśliwy Wypadek, o ile nie zachodzą wyłączenia z § 6 ust.1;
 - 2) z tytułu Utraty źródła dochodu – w okresie 30 dni liczonych od zawarcia Umowy Majątkowej;
 - 3) z tytułu Poważnego Zachorowania – w okresie 30 dni liczonych od zawarcia Umowy Majątkowej.

§ 5. ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

1. Okres Ochrony wobec danego Ubezpiezonego, kończy się:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpiezonego;
 - 2) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w przypadkach wskazanych w § 16.
2. Okres Ochrony wobec danego Ubezpiezonego w Umowie Majątkowej, kończy się niezależnie od ust. 1, z chwilą wyczerpania łącznego limitu świadczeń określonego w § 11.

§ 6. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w okresie karencji z tytułu zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (**Umowa na Życie**), jeżeli zgon jest następstwem:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, działania energii jądrowej;
 - 2) czynnego udziału Ubezpiezonego w zamieszkach lub w aktach terroryzmu, przy czym przez akt terroryzmu rozumie się użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej;
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpiezonego;
 - 4) pozostawania Ubezpiezonego pod wpływem alkoholu (stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ wzmwyż albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dcm³ wzmwyż), zażycia środków odurzających (w tym leków) lub środków psychotropowych, narkotyków, wyłączając przypadki, gdy Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zaleczonej przez lekarza terapii medycznej lub zgodnie z zaleceniami producenta, w przypadku leków niewymagających recepty, dopuszczonych do obrotu na terytorium RP;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpiezonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli nie posiadał on ważnych uprawnień wymaganych przez prawo o ruchu drogowym albo, jeżeli Ubezpieczony kierował tym pojazdem pozostając pod wpływem substancji, o których mowa w pkt 4;

- 6) uprawiania przez Ubezpieczonego: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, jazdy bobslejem, sportów walki, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków bungee, zorbingu, wyścigów samochodowych i motocyklowych (także amatorskich), rajdów lub akrobacji motorowych lub motorowodnych, wyścigów konnych, górskich sptywów wodnych, nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 10 m głębokości), skoków do wody, żeglarstwa morskiego lub oceanicznego, paralotniarstwa, szybownictwa, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, myślistwa, spadochroniarstwa oraz wypraw na bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego, wyczynowego kolarstwa, biegania lub uprawiania sportów drużynowych (przez osoby będące członkami związków i innych organizacji sportowych, w tym ich udział w nieprofesjonalnych zawodach sportowych);
 - 7) leczenia lub zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonych poza kontrolą osób uprawnionych;
 - 8) wypadku lotniczego, za wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu linii lotniczych uprawnionych do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów, bagażu, towarów lub poczty, stosownie do wymogów państwa siedziby linii lotniczych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego (Umowa na Życie), jeżeli zgon jest następstwem próby samobójczej Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od zawarcia Umowy na Życie albo nastąpił w okoliczności wskazanych w ust. 1 pkt 1-3.
 3. Jeżeli Ubezpieczony lub jego przedstawiciel podał niezgodne z prawdą informacje, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie Ubezpieczeniowe, które w okresie 3 lat od zawarcia Umowy Ubezpieczenia i jest następstwem okoliczności, o które zapytywał Ubezpieczyciel, chyba że zatajone lub niezgodne z prawdą informacje nie miały wpływu na jego zajęcie.
 4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (Umowa Majątkowa), jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek wystąpił w okolicznościach wskazanych w ust.1.
 5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego Zachorowania (Umowa Majątkowa), w przypadkach wskazanych w ust. 1 i ust. 3 powyżej, a także w przypadku przewlekłej białaczki limfatycznej oraz wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych wskazanych w § 2 pkt 12 ppkt 1 zdanie drugie, ppkt 2 zdanie trzecie, ppkt 3 zdanie 4, ppkt 6 zdanie drugie.

§ 7. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego. Po zaakceptowaniu wniosku przez Ubezpieczyciela, sporządzany jest dokument wniośko-polisy. Wniosek o ubezpieczenie może zostać złożony również przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość, które zostaną dopuszczone przez Ubezpieczyciela lub jego agenta.
2. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest w dniu zawarcia umowy Pożyczki Gotówkowej, na czas określony zgodny z okresem trwania Pożyczki Gotówkowej, nie dłuższy jednak niż 120 miesięcy i rozwiązuje się najpóźniej w dniu wymagalności ostatniej Raty określonej w Pierwotnym Harmonogramie.
3. Umowę Ubezpieczenia ma prawo zawrzeć pożyczkobiorca, który ukończył 18 rok życia i jednocześnie w dacie zakończenia spłaty Pożyczki Gotówkowej, określonej w Pierwotnym Harmonogramie, nie ukończy 75 roku życia oraz który zawarł umowę Pożyczki Gotówkowej na okres co najmniej 2 miesięcy.
4. W ramach Umowy Ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci maksymalnie dwaj pożyczkobiorcy w ramach jednej umowy Pożyczki Gotówkowej, natomiast w przypadku Umów Ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość - tylko jeden pożyczkobiorca.
5. Pożyczkobiorca może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że suma kwot z tytułu dotychczasowych aktywnych umów Pożyczek Gotówkowych powiązanych z umową ubezpieczenia zawartą z Ubezpieczycielem oraz kolejnej (nowo zawieranej) umowy Pożyczki Gotówkowej z Umową Ubezpieczenia nie przekracza 300 000 zł.

§ 8. SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

1. Składka ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego jednorazowo z góry, za cały Okres Ochrony.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest niezależnie od liczby Ubezpieczonych i stanowi iloczyn: stawki za ubezpieczenie, całkowitej kwoty Pożyczki Gotówkowej wraz z kwotą przeznaczoną

na zapłatę kredytowanych kosztów związanych z udzieleniem pożyczki, (określonych w umowie Pożyczki Gotówkowej zawartej z Bankiem, z wyłączeniem kwoty składki ubezpieczeniowej) oraz liczby Rat ujętych w Pierwotnym Harmonogramie.

3. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres Ochrony.

§ 9. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczający lub uprawniony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym i zgłosić roszczenie bezpośrednio do odpowiedniego Ubezpieczyciela lub jego agenta. Formularz ułatwiający zgłoszenie roszczenia dostępny jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela www.pkoubezpieczenia.pl lub w placówkach Banku. W Umowie Majątkowej zgłoszenie może być dokonane telefonicznie na nr 81 535 67 66.
2. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazałoby się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania (siedziby): Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy: Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
7. Osoby, o których mowa w ust. 6 mają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów zgodnie z postanowieniami opisanymi w § 17 ust. 11 i 12, mogą też zwrócić się w wnioskiem o pomoc lub interwencję do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumenta albo Komisji Nadzoru Finansowego (KNF), w razie sporu z Ubezpieczycielem.
8. Ubezpieczyciel zobowiązany jest udostępnić uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia informacje i dokumenty zgromadzone w celu ustalenia jego odpowiedzialności lub wysokości świadczenia.

§ 10. ŚWIADCZENIA Z UMOWY NA ŻYCIE

1. Wysokość świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest równa iloczynowi Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
2. Wysokość świadczenia z tytułu zgonu powiększana jest o:
 - 1) odsetki (według przewidzianej w umowie Pożyczki Gotówkowej stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału) należne na dzień zgonu oraz za okres liczony od dnia zgonu do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 60 dni oraz
 - 2) odsetki karne od przeterminowanej kwoty kapitału należne na dzień zgonu oraz za okres liczony od dnia zgonu do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak w wysokości nie większej niż 5% kapitału.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Uposażonemu Głównemu do wysokości iloczynu Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na dzień zgonu, powiększone o odsetki, o których mowa w ust. 2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego stanowiące różnicę między iloczynem Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia, a iloczynem Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na dzień zgonu wypłacane jest Uposażonemu Dodatkowemu.
4. Wskazanie Uposażonego Głównego lub Uposażonego Dodatkowego jest bezskuteczne w przypadku, gdy którykolwiek z nich zmarł przed Ubezpieczonym.

5. W przypadku, gdy nie ma Uposażonego Głównego świadczenie wypłacane jest Uposażonemu Dodatkowemu. W przypadku, gdy nie ma Uposażonego Głównego ani Uposażonego Dodatkowego, świadczenie wypłacane jest następującym osobom:
 - 1) małżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) dzieciom Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 3) rodzicom Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 4) rodzeństwu Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 5) pozostałym osobom będącym spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 powyżej, świadczenie może być wypłacone kolejnej osobie wyłącznie, gdy żadna z osób wskazanych w poprzedzających punktach, nie żyła dłużej niż Ubezpieczony lub zgodnie z postanowieniem ust. 7 nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia.
7. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
8. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wnioski o wypłatę świadczenia wraz z posiadanymi przez Uprawnionego dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia i jego wypłaty.
9. W celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego należy złożyć:
 - 1) skrócony akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kartę zgonu lub inną dokumentację medyczną określającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) w przypadku osób, o których mowa w ust. 5: aktualny akt małżeństwa (pkt 1) lub dokument potwierdzający pokrewieństwo (pkt 2-4) lub dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym (pkt 5);
 - 4) posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (kopię protokołu policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informację zawierającą numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie;

§ 11. UMOWA MAJĄTKOWA

1. W całym Okresie Ochrony, łączny limit świadczeń z Umowy Majątkowej dla danego Ubezpieczonego, wynosi nie więcej niż 12 Rat, bez względu na liczbę Zdarzeń Ubezpieczeniowych dla ryzyk: Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Do limitu liczby Rat wliczana jest każda pojedyncza Rata będąca podstawą do wyznaczenia wysokości świadczenia, bez względu na Udział Procentowy przez jaki jest mnożona.
2. Jeżeli postanowienia § 13 i 14 mówią o dwukrotności Raty, należy przez to rozumieć jedną Ratę, pomnożoną przez 2 (dwa).

§ 12. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU

1. W przypadku wystąpienia Utraty źródła dochodu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie miesięczne, o ile Ubezpieczony posiada status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku w dacie wymagalności Raty w Okresie Ochrony.
2. Pierwsze świadczenie jest należne Ubezpieczonemu po 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania mu statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku, w wysokości iloczynu Raty przypadającej do zapłaty (w Okresie Ochrony) bezpośrednio po uzyskaniu Statusu Bezrobotnego z prawem do Zasiłku i Udziału Procentowego.
3. Kolejne świadczenia, w wysokości iloczynu Raty i Udziału Procentowego, należne są jeśli na dzień wymagalności kolejnej Raty w Okresie Ochrony Ubezpieczony posiada nieprzerwanie Status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku.
4. Maksymalna liczba świadczeń dla pojedynczego Zdarzenia Ubezpieczeniowego Utraty Źródła Dochodu wynosi 6 (sześć), jednak nie więcej niż łączny limit świadczeń z Umowy Majątkowej wskazany w § 11 ust. 1.
5. Świadczenie miesięczne przestaje być należne począwszy od dnia następnego po dniu:
 - 1) nabycia przez Ubezpieczonego uprawnienia do świadczeń, przedemerytalnych, emerytalnych lub rentowych na podstawie decyzji organu rentowego,
 - 2) utraty przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku,
 - 3) rozwiązania umowy Pożyczki Gotówkowej niezależnie od przyczyny albo rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
6. W razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczony zobowiązany jest dokonać zgłoszenia roszczenia zgodnie z § 9 oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty i informacje dotyczące utraconego źródła dochodu:
 - 1) w przypadku pierwszego świadczenia miesięcznego - zaświadczenie z urzędu pracy o wydaniu decyzji przyznającej Ubezpieczonemu status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku wraz z informacją, że Ubezpieczony posiadał ten status przez okres 30 dni od wydania ww. decyzji;

- 2) w przypadku kolejnego świadczenia miesięcznego - zaświadczenie z urzędu pracy o pozostawaniu Bezrobotnym z Prawem do Zasiłku lub dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności Raty.
- 3) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia - w przypadku, gdy zdarzenie wystąpiło w okresie krótszym niż 90 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

§ 13. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. W przypadku wystąpienia Poważnego Zachorowania, świadczenie jest należne Ubezpieczonemu, w wysokości zależnej od przynależności do Grupy Ubezpieczonych zgodnie z § 3 ust. 3 i jest równe:
 - 1) **Grupa I** - dwukrotności iloczynu 6 kolejnych Rat i Udziału Procentowego,
 - 2) **Grupa II** - iloczynowi 6 kolejnych Rat i Udziału Procentowego, w obu przypadkach dotyczy Rat przypadających po Dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile płatność ich przypada w Okresie Ochrony, jednak nie więcej niż łączny limit świadczeń z Umowy Majątkowej wskazany w § 11 ust. 1.
2. Świadczenie jest płatne jednorazowo.
3. Ubezpieczyciel odpowiada maksymalnie za 2 (dwa) zdarzenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego w całym Okresie Ochrony, z uwzględnieniem łącznego limitu świadczeń z Umowy Majątkowej wskazanego w § 11 ust. 1.
4. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wnioski o wypłatę świadczenia wraz z posiadanymi przez zgłaszającego lub uprawnionego dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie Poważnego Zachorowania w Okresie Ochrony wraz z opinią lekarza specjalisty;
 - 2) wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu,
 - 3) Zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zgodnie z § 2 ust. 28, w przypadku prawa do świadczenia w podwójnej wysokości.

§ 14. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIEZDZYSZLIWEGO WYPADKU

1. Pierwsze świadczenie jest należne Ubezpieczonemu po 2 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, w wysokości zależnej od przynależności do Grupy Ubezpieczonych zgodnie z § 3 ust. 3 i jest równe:
 - 1) **Grupa I** - dwukrotności iloczynu Raty i Udziału Procentowego;
 - 2) **Grupa II** - iloczynowi Raty i Udziału Procentowego, w obu przypadkach dotyczy Raty przypadającej do zapłaty (w Okresie Ochrony) bezpośrednio po przyjęciu do Szpitala, jednak nie więcej niż łączny limit świadczeń z Umowy Majątkowej wskazanego w § 11 ust. 1;
2. Kolejne świadczenie należne jest, jeśli na dzień wymagalności kolejnej Raty przypada w Okresie Ochrony, a Ubezpieczony przebywa nieprzerwanie w Szpitalu w związku z tym samym Zdarzeniem Ubezpieczeniowym i jest równe:
 - 1) **Grupa I** - dwukrotności iloczynu Raty i Udziału Procentowego,
 - 2) **Grupa II** - iloczynowi Raty i Udziału Procentowego, jednak nie więcej niż łączny limit z Umowy Majątkowej wskazany w § 11 ust. 1.
3. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wnioski o wypłatę świadczenia wraz z posiadanymi przez uprawnionego dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.
4. W celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku należy złożyć:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (Karta informacyjna leczenia szpitalnego) w Okresie Ochrony;
 - 2) dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie lub informację zawierającą numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie);
 - 3) Zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zgodnie z § 2 ust. 27, w przypadku prawa do świadczenia w podwójnej wysokości.

§ 15. DODATKOWA DOKUMENTACJA

1. Jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na pozyskanie przez Ubezpieczyciela dokumentów od Banku, do każdego zgłoszenia roszczenia należy dołączyć następującą dokumentację bankową:
 - 1) kopię umowy Pożyczki Gotówkowej,
 - 2) Pierwotny Harmonogram Pożyczki Gotówkowej,
 - 3) zaświadczenie o wysokości Salda Zadłużenia na dzień zgonu.

2. W uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczyciel uprawniony jest do wystąpienia o przedłożenie innych dokumentów i informacji, o ile z dostarczonych już dokumentów nie można ustalić odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.

§ 16. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od danej Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od jej zawarcia, a w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość – w terminie 30 dni od dnia otrzymania potwierdzenia warunków ochrony ubezpieczeniowej i informacji wymaganych przepisami po zawarciu umów na odległość.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć daną Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym.
3. Dana Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem doręczenia Ubezpieczycielowi lub agentowi pisemnego wypowiedzenia lub oświadczenia o odstąpieniu,
 - 2) z dniem zgonu (w przypadku gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest tylko jeden Ubezpieczony),
 - 3) z dniem wymagalności ostatniej Raty określonej w Pierwotnym Harmonogramie Pożyczki Gotówkowej,
 - 4) z dniem wcześniejszej, całkowitej spłaty Pożyczki Gotówkowej,
 - 5) z dniem rozwiązania umowy Pożyczki Gotówkowej (niezależnie od przyczyn), nie później niż z końcem maksymalnego 120-miesięcznego czasu trwania umowy Pożyczki Gotówkowej.
4. Umowa Majątkowa ulega rozwiązaniu z dniem wyczerpania limitu świadczeń zgodnie z § 11 ust. 1.
5. Ubezpieczony nie będący Ubezpieczającym ma prawo w każdym czasie złożyć pisemnie oświadczenie o wystąpieniu (rezygnacji) z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem natychmiastowym.

§ 17. REKLAMACJE I SKARGI

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia mogą złożyć reklamację (w rozumieniu przepisów o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym) dotyczącą usług świadczonych przez każdego z Ubezpieczycieli.
2. Reklamacje można składać w każdej jednostce Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej - osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów dotyczących Prawa pocztowego,
 - 2) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela,
 - 3) w formie elektronicznej - za pośrednictwem formularza kontaktowego zamieszczonego na stronie internetowej: www.pkoubezpieczenia.pl.
3. Odpowiedź na reklamację powinna zostać wysłana przez Ubezpieczyciela nie później niż 30 dni od dnia jej otrzymania.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia reklamacji okazałoby się niemożliwe, Ubezpieczyciel powiadomi składającego reklamację wyjaśniając przyczynę opóźnienia i wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy oraz określając przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie późniejszy niż 60 dni, od dnia otrzymania reklamacji.
5. Składający reklamację zostanie powiadomiony o rozpatrzeniu reklamacji w formie wybranej przez siebie poprzez jej określenie w treści reklamacji lub wskazanie numeru telefonu, adresu e-mail lub adresu korespondencyjnego, na który ma zostać przesłane powiadomienie o rozpatrzeniu reklamacji.
6. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, natomiast za pośrednictwem poczty elektronicznej - wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
7. Skargi lub zażalenia nie będące reklamacjami w rozumieniu ust. 1 Ubezpieczyciel rozpatruje w terminie 30 dni od ich otrzymania.
8. Jeżeli w terminie określonym w ust. 7 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia okazałoby się niemożliwe, Ubezpieczyciel powiadomi skarżącego o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu wskazując okoliczności, które jeszcze powinny zostać ustalone oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie, jednak nie późniejszy niż 60 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
9. Ubezpieczyciele podlegają nadzorowi KNF.
10. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania reklamacji publikowane są na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.
11. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, który wyczerpał drogę postępowania reklamacyjnego przed Ubezpieczycielem, może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego (<https://rf.gov.pl/>) o pozasądowe rozwiązanie sporu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
12. W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygnięcia sporów i złożyć swoją skargę za

pośrednictwem unijnej platformy internetowej ODR, dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawo Rzeczypospolitej Polskiej stanowi podstawę dla stosunków pomiędzy Ubezpieczającym, a agentem i Ubezpieczycielem przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia oraz do realizacji praw wynikających z Umowy Ubezpieczenia pomiędzy danym Ubezpieczycielem a uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia.
2. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz do realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
3. Korespondencja związana z Umową Ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres adresata. Strony Umów Ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania o zmianie swoich danych adresowych.
4. Każdy z Ubezpieczycieli, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy danych, które przetwarzają w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.
5. Na dzień zawarcia Umowy na Życie, roszczenia uprawnionych objęte są ustawowymi gwarancjami wypłat z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro przeliczonej według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia).
6. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. jest dostępne na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
7. Świadczenia z tytułu zgonu podlegają przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.

§ 19.

Warunki ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie” obejmujące warunki ubezpieczenia na życie oraz warunki ubezpieczenia na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zatwierdzone w dniu 24 stycznia 2023 r. odpowiednio przez:

- 1) Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w zakresie postanowień dotyczących Umowy na Życie i ryzyka wymienionego w § 3 ust. 1 oraz postanowień wspólnych.

W imieniu i na rzecz PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.:



Prezes Zarządu
Leszek Skop

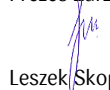


Członek Zarządu
Tomasz Mańko

- 2) Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w zakresie postanowień dotyczących Umowy Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i ryzyk wymienionych w § 3 ust. 3 oraz postanowień wspólnych.

W imieniu i na rzecz PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.:

Prezes Zarządu



Leszek Skop

Członek Zarządu



Tomasz Mańko