

## WNIOSKO-POLISA NR

### UMOWA UBEZPIECZENIA

Niniejszy dokument Wniosko-Polisy stanowi potwierdzenie zawarcia Umowy Ubezpieczenia na Życie, do której mają zastosowanie poniżej określone Warunki Ubezpieczenia

### WARUNKI UBEZPIECZENIA

Warunki ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie +” obejmujące warunki ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Zgonu Ubezpieczonego, Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zatwierdzone przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 14 stycznia 2020 r. zwane dalej „WU”.

### UBEZPIECZYCIEL

Umowa Ubezpieczenia zostaje zawarta z PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000031094, NIP 521-04-19-914, kapitał zakładowy: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony, posiadającą zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w Dziale I Ubezpieczenia na życie, wydane przez Ministra Finansów, zwaną dalej „Ubezpieczycielem”.

### DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000026438; NIP: 525-000-77-38; kapitał zakładowy (kapitał wpłacony) 1 250 000 000 zł, zwana dalej „PKO BP SA” lub „Agentem”.

### NR UMOWY POŻYCZKI GOTÓWKOWEJ

#### 1. PIERWSZY UBEZPIECZONY/ UBEZPIECZAJĄCY

|                         |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Pierwsze Imię           | <input type="text"/> | Drugie Imię          | <input type="text"/> |
| Nazwisko                | <input type="text"/> | Dokument Tożsamości  | <input type="text"/> |
| PESEL                   | <input type="text"/> | Data urodzenia       | <input type="text"/> |
| Nr telefonu komórkowego | <input type="text"/> |                      |                      |
| E-mail                  | <input type="text"/> |                      |                      |
| Adres korespondencyjny  | <input type="text"/> |                      |                      |
|                         | Kod pocztowy         | Miejscowość          |                      |
|                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|                         | Ulica                | Nr domu              | Nr lokalu Poczta     |

#### 2. DRUGI UBEZPIECZONY

|                         |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| Pierwsze Imię           | <input type="text"/> | Drugie Imię          | <input type="text"/> |
| Nazwisko                | <input type="text"/> | Dokument Tożsamości  | <input type="text"/> |
| PESEL                   | <input type="text"/> | Data urodzenia       | <input type="text"/> |
| Nr telefonu komórkowego | <input type="text"/> |                      |                      |
| E-mail                  | <input type="text"/> |                      |                      |
| Adres korespondencyjny  | <input type="text"/> |                      |                      |
|                         | Kod pocztowy         | Miejscowość          |                      |
|                         | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                      |
|                         | Ulica                | Nr domu              | Nr lokalu Poczta     |

#### 3. ZAKRES I WARUNKI UMOWY UBEZPIECZENIA

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa, wpisana do Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000031094, NIP 521-04-19-914, kapitał zakładowy: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, www.pkoubezpieczenia.pl

Suma Ubezpieczenia - kwota równa Saldu Zadłużenia wynikającemu z Pierwotnego Harmonogramu.

| ZAKRES UBEZPIECZENIA   | WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA   |  |
|--|--|--|
| Zgon Ubezpieczonego  | Iloczyn Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia na dzień zgonu Ubezpieczonego                          |  |
| Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego  | Iloczyn Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia na dzień zajścia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego |  |
| Pakiet Pomocowy dostępny dla Ubezpieczonego:<br>- przez cały Okres Ochrony w przypadku zajścia Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku<br>- przez 12 miesięcy od daty wypłaty Poważnego Zachorowania | <b>Świadczenie</b>   | <b>Limity na Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Uraz w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego)</b> |
|  | Konsultacje lekarskie  | łączny limit 10 świadczeń (w tym maksymalnie 1 badanie tomografii komputerowej i 1 badanie rezonansu magnetycznego)          |
|  | Badania specjalistyczne  |  |
|  | Diagnostyka laboratoryjna  | 10 skierowań niezależnie od liczby zleconych badań w ramach jednego skierowania  |
|  | Rehabilitacja  | Max 2 000 PLN  |
|  | Sprzęt rehabilitacyjny   | Max 1 000 PLN  |
|  | Sanatorium   | Max 3 000 PLN  |
|  | Teleopieka Kardiologiczna  | monitorowanie przez maksymalnie 6 miesięcy   |

#### 4. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

|          |   |
|----------|---|
| Początek | Okres Ochrony rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wypłaty kwoty Pożyczki Gotówkowej, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem okresów karencji określonych w § 4 ust. 2 WU.  |
| Koniec   | Okres Ochrony wobec danego Ubezpieczonego, kończy się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń wystąpi wcześniej:<br>1) z chwilą zgonu Ubezpieczonego;<br>2) z Dniem zajścia Poważnego Zachorowania, z tytułu którego przysługuje Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe,<br>3) z chwilą/ z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w przypadkach wskazanych w § 14 WU |

#### 5. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

|   |  |
|---|--|
| Wysokość Pożyczki Gotówkowej będąca podstawą do obliczenia składki ubezpieczeniowej   |  |
| Wysokość składki ubezpieczeniowej z czego:<br>1) 43,80% z tytułu ryzyka Zgonu<br>2) 50,90% z tytułu ryzyka Poważnego Zachorowania<br>3) 5,3% z tytułu ryzyka Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. |  |

#### 6. INFORMACJE ZEBRANE W TRAKCIE ANALIZY WYMAGAŃ I POTRZEB

- Czy chciał(a)by Pan/i, aby w sytuacji utraty życia pożyczka została spłacona i nie obciążała bliskich?  
**Odpowiedź: TAK**
- Czy chciał(a)by Pan/i mieć wsparcie w częściowej spłacie pożyczki na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń losowych, np. związanych z utratą zdrowia)?  
**Odpowiedź: TAK**
- Czy mieszka Pan/i na stałe za granicą?  
**Odpowiedź: NIE**
- Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdiagnozowano u Pana/i którąkolwiek z następujących chorób: nowotwór złośliwy (w tym białaczka oraz choroba mieloproliferacyjna), choroba niedokrwienności serca (w tym zawał serca), udar mózgu, cukrzyca leczona insuliną, marskość wątroby, niewydolność nerek lub posiada Pan/i ważne skierowanie, oczekuje na badania, wyniki badań lub konsultacje medyczne w związku z wyżej wymienionymi chorobami lub czy oczekuje Pan/i na przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego (w charakterze biorcy)?  
**Odpowiedź: NIE**

W trakcie procesu sprzedażowego w sposób zautomatyzowany została sprawdzona adekwatność wieku i długości zaciągniętej pożyczki do wymagań co do możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową.

## 7. OŚWIADCZENIA I ZGODY

Oświadczam, że:

1. otrzymałem(-am) i zapoznałem(-am) się z treścią WU i Karty Produktu, przekazanymi mi przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, w tym z wyłączeniami i ograniczeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela zawartymi w WU;
2. wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia;
3. wyrażam zgodę na przekazywanie do Ubezpieczyciela przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem mojego prawa do świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych;
4. wyrażam zgodę na zasięganie przez Ubezpieczyciela informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieliли mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczeń;
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i realizacji Umowy Ubezpieczenia;
6. udzielam pełnomocnictwa drugiemu Ubezpieczonemu i wyrażam zgodę, aby rezygnacja z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, niebędącego Ubezpieczającym, była traktowana jako wypowiedzenie przeze mnie Umowy Ubezpieczenia;
7. zapoznałem (-am) się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w przekazanym mi dokumencie „Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych”;
8. będąc Ubezpieczającym dokonuję cesji swoich praw i obowiązków (przysługujących mi jako Ubezpieczającemu) z Umowy Ubezpieczenia na rzecz drugiego Ubezpieczonego, pod warunkiem zawieszającym mojej śmierci w okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczony niebędący Ubezpieczającym oświadcza, że przyjmuje cesję praw i obowiązków Ubezpieczającego, pod warunkiem zawieszającym śmierci Ubezpieczającego w okresie obowiązywania ww. Umowy Ubezpieczenia. Przez przyjęcie niniejszej Wniosko-Polisy Ubezpieczyciel oświadcza, że wyraża zgodę na cesję obowiązków Ubezpieczającego na rzecz drugiego z Ubezpieczonych z Umowy Ubezpieczenia.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpieczonego/Ubezpieczającego

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis drugiego Ubezpieczonego, którego dotyczą Oświadczenia 1 - 7

## 8. OŚWIADCZENIA I ZGODY DLA PKO BP SA

- 1) Upoważniam PKO BP SA do pobrania w dniu postawienia Pożyczki Gotówkowej do mojej dyspozycji, z kwoty udzielonej Pożyczki Gotówkowej, jednorazowej składki ubezpieczeniowej na poczet Umowy Ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa pobierana jest z góry za cały Okres Ochrony.
- 2) Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do przekazywania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową o treści zawartej przeze mnie z PKO BP SA umowy Pożyczki Gotówkowej, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis drugiego Ubezpieczonego (dotyczy pkt 7.2)

## 9. UPOSAŻENI\*

### UPOSAŻONY GŁÓWNY

Wskazuję PKO BP SA jako Uposażonego Głównego do świadczenia z tytułu mojego zgonu do wysokości iloczynu mojego Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na dzień zgonu oraz odsetek wskazanych w § 10 ust. 2 WU.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis pierwszego Ubezpieczonego

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis drugiego Ubezpieczonego

**\*UPOSAŻONY DODATKOWY** - w przypadku chęci wyznaczenia Uposażonego Dodatkowego należy wypełnić załącznik do Wniosko-Polisę.

**10. CESJA WIERZYTELNOŚCI Z NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA POMIĘDZY UBEZPIECZONYMI A PKO BP SA.**

Przelewam na rzecz PKO BP SA prawa do świadczeń, które będą przysługiwać mi z tytułu zajścia Poważnego Zachorowania do wysokości iloczynu mojego Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na dzień Poważnego Zachorowania oraz odsetek wskazanych w § 11 ust. 2 WU.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis drugiego Ubezpieczonego

**11. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU I ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA CESJI PRZEZ BANK**

\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis/-y i pieczętka funkcyjna/imienna lub firmowa/ pieczęć  
nagłówkowa osoby/osób przyjmujących Wniosko-Polisę  
i osoby/osób przyjmujących cesję/Pracowników Banku\*\*

**\*\*W przypadku zawarcia Umów Ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności Ubezpieczającego i Agenta działającego w imieniu Ubezpieczyciela, podpis w imieniu Agenta oraz PKO BP SA przyjmującego cesję składany jest za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu przepisów o podpisie elektronicznym.**