

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE "BEZPIECZNY KAPITAŁ +"



Ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§3 ust. 2, 5; §8; §12; §13 Załącznik nr 1 do OWU: §2 i §3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	§2 pkt 2)-4), 6), 9), 10), 14), 15), 19), 25); §5, §12 ust. 9, 10, 11, 12, 14, 16; §13 ust. 8-10 Załącznik nr 1 do OWU: §4
3. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	§8 Karta Parametrów pkt 3

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej **OWU**, PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwana dalej **PKO Życie**, zawiera z Ubezpieczającym umowę ubezpieczenia na życie i dożycie "Bezpieczny Kapitał +", zwaną dalej **Umową Ubezpieczenia**.

§ 2. DEFINICJE

Terminy użyte w OWU oznaczają:

- 1) **Agent Ubezpieczeniowy** – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 000026438 w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy
- 2) **Ciężkie Zachorowanie** – zajście jednego z poniższych zdarzeń, które zostało orzeczone przez Lekarza Specjalistę odpowiedniej dziedziny:
Ciężkie Zachorowanie w Pakiecie „Moje Zdrowie” obejmuje:
 - a) **zawał serca z uniesieniem odcinka ST** – zaistniała w Okresie Odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru. 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 – uniesienie odcinka ST (typowe dla zawału serca z uniesieniem odcinka ST),
 - 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;

- b) **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 trwające ponad 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. Wyklucza się objawy mózgowo związane z tzw. przemijającym niedokrwieniem mózgu, z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu. Wyklucza się także schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego oraz mikroudary tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
- c) **transplantacja głównych narządów** – operacja przeszczepienia serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przebył Ubezpieczony w charakterze biorcy;
Ciężkie Zachorowanie w Pakiecie „Moje Dziecko” obejmuje:
 - a) **nowotwór** – nowotwór złośliwy inwazyjny oraz nowotwór in situ
 - nowotwór złośliwy inwazyjny - guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki; pojęciem tym objęte są również białaczka, za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotwory układu limfatycznego i choroba Hodgkina; obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez Lekarza Specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego;
 - nowotwór złośliwy „in situ” (nowotwór przedinwazyjny) – wczesna postać nowotworu złośliwego, który ograniczony jest do jednej tkanki danego narządu i nie przekracza jej granicy (nie naciska tkanek otaczających);

- b) **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;
 - c) **cukrzyca insulinozależna** – cukrzyca typu I, choroba metaboliczna o charakterze autoimmunologicznym, wymagająca leczenia insulina, rozpoznana przez specjalistę diabetologa i zakwalifikowana jako pozycja E10 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - rewizja dziesiąta ICD-10;
 - d) **sepsa (posocznica)** - zespół uogólnionej reakcji zapalnej (SIRS - Systemic Inflammatory Response Syndrome). Ciężkie ogólnoustrojowe schorzenie spowodowane przez zakażenie drobnoustrojami krążącymi we krwi, prowadzące do ostrej niewydolności wielonarządowej, wymagające intensywnej terapii szpitalnej. Rozpoznanie sepsy musi zostać jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego Ubezpieczonego i zostać zakwalifikowane jako pozycja A40 lub A41 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych - Rewizja dziesiąta ICD-10;
- 3) **Dziecko** – naturalne albo przysposobione dziecko Ubezpieczonego; wiek Dziecka w momencie zdarzenia objętego ubezpieczeniem nie może przekroczyć 18 lat;
 - 4) **Inwalidztwo** – jedno ze zdarzeń określonych w tabeli w § 12 ust. 8
 - 5) **Karta Parametrów** – integralna część OWU, zawierająca ustalone przez PKO Życie parametry Umowy Ubezpieczenia: sumy ubezpieczenia dla zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia, wskaźniki wykupu oraz wysokość wypłaty w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku okoliczności wymienionych w § 5 ust. 1;
 - 6) **Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni** – całodobowy, trwający nieprzerwanie dłużej niż 96 godzin liczonych od godziny przyjęcia do szpitala, pobyt w celach leczniczych, diagnostycznych, wykonania zabiegu chirurgicznego, podleganie innym rodzajom opieki medycznej służącym ochronie zdrowia w działającym zgodnie z prawem zakładzie opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i w specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadającym odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzenia badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych, zatrudniającym w pełnym wymiarze godzin zawodowy i wykwalifikowany personel medyczny; leczeniem szpitalnym nie jest: pobyt w domu opieki, w placówce zajmującej się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, ośrodkiem rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatoryjnym, wypoczynkowym, leczenie w trybie dziennym oraz leczenie, którego jedynym celem jest rehabilitacja Ubezpieczonego, chyba że rehabilitacja jest wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 7) **Lekarz Specjalista** – lekarz, który posiada ważny dokument o uzyskaniu tytułu specjalisty;
 - 8) **Miesiąc Polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w dniu każdego następnego miesiąca, który datą odpowiada dniowi zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – w ostatnim dniu tego miesiąca;
 - 9) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności zdarzenie nagłe, wywołane działającą nagle i niezależnie od woli Ubezpieczonego przyczyną zewnętrzną, z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów);
 - 10) **Okres Karencji** – okres liczony od pierwszego dnia Okresu Odpowiedzialności, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność PKO Życie z tytułu zajścia zdarzenia objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej, świadczonej w ramach Umowy Ubezpieczenia;
 - 11) **Okres Odpowiedzialności** – okres, w którym PKO Życie udziela ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem Opłacenia Składki Oszczędnościowej w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia;
 - 12) **Okres Opóźnienia** – w odniesieniu do Składki Oszczędnościowej okres kolejnych 7 dni, a w odniesieniu do Składki Ochronnej okres kolejnych 30 dni, rozpoczynający się pierwszego dnia okresu, za który Składka Ubezpieczeniowa jest należna, jeżeli nie nastąpiło Opłacenie Składki;
 - 13) **Opłacenie Składki** – uznanie rachunku bankowego PKO Życie lub Agenta kwotą Składki Ubezpieczeniowej;
 - 14) **Partner** – osoba, która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 70 roku życia, z którą Ubezpieczony pozostaje:
 - a) w związku małżeńskim albo
 - b) w związku nieformalnym, w przypadku niepozostawania Ubezpieczonego w związku małżeńskim, wskazana przez Ubezpieczonego we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub w Okresie Odpowiedzialności w pisemnym oświadczeniu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to zostanie złożone do PKO Życie przed dniem zajścia zdarzenia dotyczącego Partnera;
 - 15) **PKO Assistance Medyczny** – ubezpieczenie dodatkowe, którego warunki zostały przedstawione w Załączniku nr 1 do OWU;
 - 16) **Polisa** – dokument wystawiony przez PKO Życie potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia i jej warunki;
 - 17) **Rocznica Polisy** – każda rocznica dnia wskazanego w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a jeżeli w danym roku nie ma takiego dnia – ostatni dzień odpowiedniego miesiąca;
 - 18) **Rok Polisowy** – rok rozpoczynający się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w każdą Rocznicę Polisy;
 - 19) **Rodzic dziecka** – osoba, która ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 70 roku życia, będąca rodzicem naturalnym dziecka Ubezpieczonego lub osobą, która przysposobiła dziecko Ubezpieczonego, bez względu na wiek dziecka;
 - 20) **Składka Ochronna** – część Składki Ubezpieczeniowej, o której mowa w § 9 ust. 2 pkt 2);
 - 21) **Składka Oszczędnościowa** – część Składki Ubezpieczeniowej, o której mowa w § 9 ust. 2 pkt 1);
 - 22) **Składka Ubezpieczeniowa** – kwota, którą opłaca Ubezpieczający w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia;
 - 23) **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie Ubezpieczenia kwota stanowiąca podstawę do obliczenia wysokości Świadczenia;
 - 24) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez PKO Życie w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
 - 25) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność do pracy orzeczona przez uprawniony organ do orzekania w sprawie oceny zdolności do pracy, która zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy albo znaczny stopień niepełnosprawności orzeczony przez uprawniony organ orzekający w sprawie stosowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej, który zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy – orzeczone w oparciu o ustawy i przepisy wykonawcze wydane na ich podstawie obowiązujące w dniu wydania tego orzeczenia;
 - 26) **Ubezpieczający** – wskazana w Umowie Ubezpieczenia osoba fizyczna, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z PKO Życie na podstawie niniejszych OWU, Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym;
 - 27) **Ubezpieczony** – wskazana w Umowie Ubezpieczenia osoba fizyczna, która jest objęta ochroną ubezpieczeniową;
 - 28) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, uprawniona, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego;
 - 29) **Uposażony Zastępczy** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, uprawniona, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego, jeżeli brak jest uprawnionego Uposażonego;
 - 30) **Wartość Wykupu** – kwota wypłacana w związku z rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego, na zasadach określonych w § 8;
 - 31) **Wiek Wstępu** – różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia a rokiem kalendarzowym, w którym urodził się Ubezpieczony.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje dożycie przez Ubezpieczonego do końca Okresu Odpowiedzialności oraz następujące zdarzenia, w zależności od wybranego przez Ubezpieczającego pakietu:
 - 1) Pakiet „Moja Rodzina”:
 - a) zgon Ubezpieczonego;
 - b) zgon Partnera Ubezpieczonego;
 - c) zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - d) zgon Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;

- e) Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego;
 - f) Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy Partnera Ubezpieczonego;
 - g) Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - h) Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - i) Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - j) Inwalidztwo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, z zastrzeżeniem ust. 5
- 2) Pakiet „Moje Zdrowie”:
- a) zgon Ubezpieczonego;
 - b) Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego;
 - c) Leczenie Szpitalnie Ubezpieczonego dłuższe niż 4 dni spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem;
 - d) PKO Assistance Medyczny.
- 3) Pakiet „Moje Dziecka”
- a) zgon Ubezpieczonego;
 - b) zgon Rodzica dziecka;
 - c) Ciężkie Zachorowanie Dziecka;
 - d) PKO Assistance Medyczny.
3. Ubezpieczający może wybrać tylko jeden pakiet. Pakiety nie podlegają zmianie w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku wyboru pakietów: Moje Zdrowie lub Moje Dziecko, odpowiedzialność PKO Życie z tytułu wystąpienia Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego lub Ciężkiego Zachorowania Dziecka dotyczy tylko tych rodzajów Ciężkiego Zachorowania, które nie zostały stwierdzone przez lekarza przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
5. W odniesieniu do pakietu „Moja Rodzina”:
- 1) ochroną ubezpieczeniową z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku objęty jest Ubezpieczony, który:
 - a) nie ma ukończonego 65 roku życia;
 - b) jest zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym oraz
 - c) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego.
 - 2) ochroną ubezpieczeniową z tytułu Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku objęty jest Ubezpieczony, który:
 - a) nie spełnia przynajmniej jednego wymogu, o którym mowa w pkt. 1) oraz
 - b) nie otrzymał wypłaty świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) postanowienia pkt 1) i 2) mają zastosowanie również do Partnera Ubezpieczonego.

§ 4. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Okres Odpowiedzialności rozpoczyna się w dniu następującym po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dniu w którym nastąpiło Opłacenie Składki Oszczędnościowej.
2. W odniesieniu do Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego, Ciężkiego Zachorowania Dziecka oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Partnera Ubezpieczonego, spowodowanych inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek stosuje się 90-dniowy Okres Karencji liczony od początku Okresu Odpowiedzialności.
3. W odniesieniu do pakietu „Moja Rodzina” Okres Odpowiedzialności w stosunku do zdarzeń dotyczących osoby pozostającej z Ubezpieczonym w nieformalnym związku, rozpoczyna się od następnego dnia po dniu, w którym Ubezpieczony wskazał osobę pozostającą z nim w nieformalnym związku jako swojego Partnera, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dniu w którym nastąpiło Opłacenie Składki Oszczędnościowej.
4. W odniesieniu do pakietu „Moja Rodzina” w przypadku, gdy Ubezpieczony zawarł w trakcie Okresu Odpowiedzialności związek małżeński z osobą z którą pozostawał w nieformalnym związku, której nie wskazał we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w Okresie Odpowiedzialności w pisemnym oświadczeniu jako swojego Partnera, Okres Odpowiedzialności w odniesieniu do zdarzeń dotyczących takiej osoby rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia przez Ubezpieczonego z taką osobą związku małżeńskiego, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dniu w którym nastąpiło Opłacenie Składki Oszczędnościowej.
5. Okres Odpowiedzialności PKO Życie kończy się:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;

- 2) w dniu rozwiązania Umowy Ubezpieczenia na mocy postanowień określonych w § 7 ust. 4.
6. W odniesieniu do zdarzeń dotyczących Partnera, Okres Odpowiedzialności kończy się:
- 1) w dniu 70 urodzin Partnera, przy czym w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym ukończył on 70 lat;
 - 2) w przypadku osoby, z którą Ubezpieczony pozostawał w związku nieformalnym – z dniem, w którym PKO Życie otrzymało pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o wyłączeniu z ochrony ubezpieczeniowej tej osoby;
 - 3) w przypadku osoby, z którą Ubezpieczony pozostawał w związku małżeńskim – z dniem, w którym orzeczenie właściwego Sądu o rozwiązaniu małżeństwa przez rozwód stał się prawomocny.

§ 5. WYŁĄCZENIE I OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI PKO ŻYCIE

ZGON UBEZPIECZONEGO

1. W przypadku, gdy zgon Ubezpieczonego nastąpił w wyniku:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, działania energii jądrowej;
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub w aktach terroryzmu bądź innych aktach przemocy; przez akt terroryzmu rozumie się użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej;
 - 3) próby samobójczej Ubezpieczonego w okresie pierwszych 24 miesięcy od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego odpowiedzialność PKO Życie ogranicza się do wypłaty kwoty wskazanej w Karcie Parametrów: pkt 2.
2. PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpił w wyniku:
 - 1) zdarzeń wymienionych w ust. 1;
 - 2) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ wzwyz albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dm³ wzwyz), zażycia środków odurzających (w tym leków) lub środków psychotropowych, narkotyków, wyłączając przypadki, gdy Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej;
 - 3) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, 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 2);
 - 4) leczenia lub innych zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonych poza kontrolą osób posiadających właściwe uprawnienia;
 - 5) uprawiania przez Ubezpieczonego narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, jazdy bobslejem, kolarstwa ekstremalnego, zawodowego biegania, 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 sływów wodnych, nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 10 m głębokości), skoków do wody, żeglarstwa morskiego lub oceanicznego, paralotniarstwa, szybownictwa, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, spadochroniarstwa, myślistwa oraz wypraw na bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego, wyczynowego uprawiania sportów drużynowych;
 - 6) wypadku lotniczego, za wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych uprawianych do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów, bagażu, towarów lub poczty, stosownie do wymogów państwa siedziby linii lotniczych.
3. PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO, TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY PARTNERA UBEZPIECZONEGO

4. PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Partnera Ubezpieczonego, która powstała w następstwie okoliczności wymienionych w ust. 1 pkt 1)-4).
5. W okresie 12 miesięcy od początku Okresu Odpowiedzialności PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Partnera Ubezpieczonego, będącej skutkiem uszkodzenia ciała, do którego doszło w okresie 12 miesięcy przed początkiem Okresu Odpowiedzialności.
6. Postanowienia ust 2 stosuje się do odpowiedzialności PKO Życie z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Partnera Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

INWALIDZTWO UBEZPIECZONEGO, INWALIDZTWO PARTNERA UBEZPIECZONEGO

7. Postanowienia ust 2 stosuje się do odpowiedzialności PKO Życie z tytułu Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Inwalidztwa Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

CIĘŻKIE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO, CIĘŻKIE ZACHOROWANIE DZIECKA

8. PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ciężkiego Zachorowania Dziecka, które powstało w następstwie okoliczności wymienionych w ust. 1 pkt 1)-4).
9. PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Ciężkiego Zachorowania Dziecka, którego bezpośrednie przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego lub Dziecka w okresie 12 miesięcy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

LECZENIE SZPITALNE UBEZPIECZONEGO DŁUŻSZE NIŻ 4 DNI SPowodowane Nieszczęśliwym WYPADKIEM

10. Postanowienia ust 2 stosuje się do odpowiedzialności PKO Życie z tytułu Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego dłuższego niż 4 dni, spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem.
11. PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Leczenia Szpitalnego Ubezpieczonego dłuższego niż 4 dni spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, jeżeli leczenie to wystąpiło podczas pełnienia czynnej służby wojskowej;

ZGON PARTNERA, ZGON RODZICA DZIECKA

12. PKO Życie nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Partnera oraz zgonu Rodzica dziecka w przypadku, gdy zgon Partnera lub Rodzica dziecka nastąpił w następstwie okoliczności wymienionych w ust. 1 pkt 1)-4).
13. Postanowienia ust. 2-3 stosuje się do odpowiedzialności PKO Życie z tytułu zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

WSZYSTKIE ZDARZENIA OBJĘTE ZAKRESEM UBEZPIECZENIA

Odpowiedzialność PKO Życie ogranicza się do wypłaty kwoty, o której mowa w Karcie Parametrów: pkt 2, jeżeli zdarzenie zaszło w ciągu trzech lat od zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz Ubezpieczony lub przedstawiciel Ubezpieczonego podał niezgodne z prawdą okoliczności albo informacje, o które PKO Życie pytało we wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, chyba że zatajone lub niezgodne z prawdą okoliczności lub informacje nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na 5 lat.
2. Ubezpieczonym może zostać osoba, której Wiek Wstępu wynosi co najmniej 18 lat i nie przekracza 70 lat.
3. Ubezpieczony może być objęty ochroną ubezpieczeniową maksymalnie z tytułu trzech Umów Ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU, z zastrzeżeniem że wysokość Składki Oszczędnościowej na jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 200 000 PLN w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia.
4. W celu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający składa wniosek o jej zawarcie na formularzu PKO Życie.
5. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia zobowiązany jest dokonać wyboru jednego z pakietów, o których mowa w § 3 ust. 2.

6. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem określonym w Polisie.
7. PKO Życie raz w każdym Roku Polisowym przekazuje Ubezpieczającemu informację o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu Umowy Ubezpieczenia, a także Wartości Wykupu.

§ 7. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo pisemnego odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. W terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa powyżej, PKO Życie zwraca Ubezpieczającemu opłacone Składki Ubezpieczeniowe pomniejszone o część Składki Ochronnej za okres, w którym PKO Życie udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
2. Dodatkowo Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy Ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji rocznicowej, o której mowa w § 6 ust. 7 ze skutkiem, o którym mowa w ust. 4 pkt 1). W terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa powyżej PKO Życie zwraca Ubezpieczającemu opłacone Składki Ochronne pomniejszone o część Składki Ochronnej za okres, w którym PKO Życie udzielało ochrony ubezpieczeniowej oraz wypłaca Ubezpieczającemu, na podstawie złożonego wniosku o wykup, Wartość Wykupu na zasadach opisanych w § 8.
3. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie..
4. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) jeżeli Ubezpieczający złożył oświadczenie o odstąpieniu, o którym mowa w ust. 1 i 2 – w dniu otrzymania przez PKO Życie oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczającego;
 - 2) jeżeli Ubezpieczający wypowiedział Umowę Ubezpieczenia – w dniu określonym przez Ubezpieczającego, jednak nie wcześniej niż w dniu doręczenia wypowiedzenia do PKO Życie; w przypadku braku wskazania terminu rozwiązania przez Ubezpieczającego, Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu doręczenia wypowiedzenia do PKO Życie;
 - 3) w przypadku, gdy nastąpił zgon Ubezpieczonego – w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) jeżeli Ubezpieczający nie opłacił Składki Oszczędnościowej – z upływem dodatkowego terminu na opłacenie Składki Oszczędnościowej, wyznaczonego przez PKO Życie w wezwaniu, o którym mowa w § 9 ust. 4;
 - 5) w dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wykup ubezpieczenia, o ile żadna z okoliczności wymienionych w pozostałych punktach niniejszego ustępu nie zaszła jako pierwsza.
5. W przypadkach rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 4 pkt 1, 2) i 5) Ubezpieczającemu, po złożeniu wniosku o wykup przysługuje wypłata Wartości Wykupu na zasadach opisanych w § 8.

§ 8. WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Po upływie 30 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający może złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia. W przypadku złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia przed upływem 30 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, przyjmuje się, że Ubezpieczający złożył pismo o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 1.
2. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie Ubezpieczającemu Wartości Wykupu.
3. Wartość Wykupu jest równa iloczynowi Składki Oszczędnościowej pomniejszonej o sumę kwot przeznaczonych na pokrycie należności z tytułu nieopłaconej przez Ubezpieczającego Składki Ochronnej oraz wskaźnika wykupu z Roku Polisowego, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia. Wysokości wskaźnika wykupu są podane w Karcie Parametrów: pkt 3.
4. W przypadku wykupu ubezpieczenia Ubezpieczający otrzyma Wartość Wykupu, pomniejszoną o wymagalne wierzycielności wynikające z OWU.

§ 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość Składki Ubezpieczeniowej ustalają strony w Umowie Ubezpieczenia.
2. Składkę Ubezpieczeniową dzieli się na:
 - 1) Składkę Oszczędnościową – jej minimalna wysokość to 25.000 PLN, jest płatna jednorazowo w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) Składkę Ochronną – wynosi 30 PLN i jest płatna miesięcznie, Składka Ochronna jest jednakowa dla wszystkich pakietów.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki Ubezpieczeniowej z góry, w wysokości i w terminach określonych w Polisie.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki Oszczędnościowej w Okresie Opóźnienia, PKO Życie wezwie Ubezpieczającego, po upływie Okresu Opóźnienia do jej zapłaty w dodatkowym terminie 7 dni, pod rygorem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w trybie określonym w § 7 ust 4 pkt 4).
5. Nieopłacenie przez Ubezpieczającego Składki Ochronnej obniża, począwszy od następnego dnia po upływie Okresu Opóźnienia Wartość Wykupu zgodnie z § 8 ust. 3 oraz Sumę Ubezpieczenia z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu Odpowiedzialności zgodnie z definicją wskazaną w Karcie Parametrów: pkt 1.
6. Składka Ubezpieczeniowa w całości przeznaczona jest na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej i kosztów działalności ubezpieczeniowej PKO Życie.

§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA

Sumy Ubezpieczenia z tytułu zdarzeń wymienionych w § 3 ust 2 są wskazane w Karcie Parametrów: pkt 1.

§ 11. UPOSAŻONY I UPOSAŻONY ZASTĘPCZY

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać jednego lub więcej Uposażonych.
2. Ubezpieczony ma prawo odwołać lub zmienić Uposażonego w każdym czasie Umowy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony, wskazując Uposażonych, zobowiązany jest określić procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów, uznaje się, że udziały wszystkich Uposażonych są równe.
4. Jeżeli suma wskazanych przez Ubezpieczonego procentowych udziałów każdego Uposażonego w kwocie świadczenia nie jest równa 100%, PKO Życie niezwłocznie będzie dążyć do wyjaśnienia rzeczywistej woli Ubezpieczonego. W przypadku niemożliwości ustalenia woli Ubezpieczonego, PKO Życie dokona podziału proporcjonalnego uwzględniając wartości udziałów Uposażonych wskazanych przez Ubezpieczonego.
5. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, w przypadku gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym.
6. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych Zastępczych. Postanowienia ust. 2-5 stosuje się także do Uposażonego Zastępczego.
7. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, jeżeli nie ma uprawnionego Uposażonego albo Uposażonego Zastępczego, Świadczenie zostanie wypłacone:
 - 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 Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa.
8. W przypadku, o którym mowa w ust. 7, 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. 9 nie jest uprawniona do otrzymania Świadczenia.
9. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

§ 12. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wysokość Świadczenia zostaje ustalona na dzień powstania zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
2. PKO Życie wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu Odpowiedzialności w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu tego zdarzenia, określonej w Karcie Parametrów: pkt 1.
3. Wysokości Świadczeń z tytułu pozostałych zdarzeń, o których mowa w § 3 ust. 2 zależą od rodzaju zdarzenia oraz pakietu i są przedstawione w Karcie Parametrów: pkt 1.
4. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku jest wypłacane dodatkowo i powiększa Świadczenie wypłacane z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
5. Postanowienie ust. 4 ma zastosowanie do świadczenia z tytułu zgonu Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku jest wypłacane dodatkowo i powiększa Świadczenie wypłacane z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.

7. Postanowienie ust. 6 ma zastosowanie do świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Partnera Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
8. Wysokość Świadczenia z tytułu Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku jest iloczynem procentu Sumy Ubezpieczenia wskazanej w poniższej tabeli oraz Sumy Ubezpieczenia określonej dla tego zdarzenia w Karcie Parametrów: pkt 1.

Zdarzenie	% Sumy Ubezpieczenia
Całkowita utrata wzroku	100
Utrata wzroku w jednym oku	30
Całkowita utrata słuchu	100
Całkowita utrata słuchu	100
Utrata ramienia na wysokości barku	65
Utrata ramienia powyżej łokcia	60
Utrata przedramienia lub utrata dłoni na wysokości nadgarstka	55
Utrata kciuka	20
Utrata nogi powyżej połowy uda	75
Utrata nogi do wysokości poniżej połowy uda	60
Utrata stopy na wysokości kostki	50
Utrata stopy z pozostawieniem pięty	25
Utrata palca u ręki	7
Utrata palca stopy	3

9. Suma wypłaconych Świadczeń z tytułu Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Okresie Odpowiedzialności nie może przekroczyć 100% Sumy Ubezpieczenia, określonej dla tego zdarzenia.
10. Postanowienia ust. 8-9 mają zastosowanie do świadczenia z tytułu Inwalidztwa Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
11. W przypadku jednego zdarzenia kwalifikującego się lub skutkującego wystąpieniem dwóch lub więcej pozycji wchodzących w zakres pojęć zdefiniowanych jako Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego lub Dziecka, przysługują wypłata tylko jednego Świadczenia za Ciężkie Zachorowanie, które zostało zdiagnozowane jako pierwsze.
12. W czasie Okresu Odpowiedzialności może być wypłacone tylko jedno Świadczenie z tytułu jednego rodzaju Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego.
13. Świadczenie z tytułu Ciężkiego Zachorowania Dziecka przysługuje za każde z Dzieci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 14.
14. W czasie Okresu Odpowiedzialności, PKO Życie wypłaci Świadczenie tylko jedno Świadczenie z tytułu jednego rodzaju Ciężkiego Zachorowania Dziecka wobec jednego Dziecka.
15. W przypadku, gdy Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni skończy się po Okresie Odpowiedzialności, PKO Życie wypłaci Świadczenie z tego tytułu za te dni Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni, które przypadają w Okresie Odpowiedzialności
16. W czasie Okresu Odpowiedzialności może być wypłacone tylko jedno Świadczenie z tytułu każdego z poniższych zdarzeń:
 - 1) zgonu Partnera Ubezpieczonego;
 - 2) zgonu Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Partnera Ubezpieczonego;
 - 4) Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Partnera Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku
 - 5) zgon Rodzica dziecka - bez względu na liczbę dzieci.
17. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku PKO Życie wypłaca osobie uprawnionej zgodnie z § 11.
18. Świadczenia z tytułu wystąpienia pozostałych zdarzeń oraz usługi PKO Assistance Medyczny przysługują Ubezpieczonemu.

§ 13. POSTĘPOWANIE W RAZIE WYSTĄPIENIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wszczęcie postępowania wyjaśniającego następuje po otrzymaniu przez PKO Życie zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
2. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa w PKO Życie wniosek o wypłatę Świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności PKO Życie lub wysokości Świadczenia, wskazanymi w formularzu wniosku o wypłatę Świadczenia.
3. W przypadku, o którym mowa w § 11 ust. 7 pkt 5), PKO Życie wypłaca Świadczenie po otrzymaniu od osoby uprawnionej do Świadczenia dokumentu potwierdzającego nabycie spadku po Ubezpieczonym przez tę osobę, zgodnie z prawem spadkowym.

4. Do stwierdzenia zasadności roszczenia, za dzień zajścia Ciężkiego Zachorowania przyjmuje się:
 - 1) w przypadku zawału serca z uniesieniem odcinka ST – dzień rozpoznania zdarzenia, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - 2) w przypadku udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym – dzień rozpoznania zdarzenia, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - 3) w przypadku transplantacji głównych narządów – dzień wykonania operacji przeszczepienia;
 - 4) w przypadku zaawansowanej niewydolności nerek – dzień wystawienia zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki;
 - 5) w przypadku nowotworu – dzień badania histopatologicznego;
 - 6) w przypadku cukrzycy – dzień rozpoznania zdarzenia, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - 7) w przypadku sepsy – dzień rozpoznania zdarzenia, wskazany w dokumentacji medycznej.
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia PKO Życie informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą 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 PKO Życie lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
6. PKO Życie zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
7. PKO Życie wypłaci Świadczenie z tytułu dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu Odpowiedzialności w terminie 20 dni od dnia otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
8. Jeżeli w terminie określonym w ust. 6, ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności PKO Życie 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 PKO Życie spełni w terminie przewidzianym w ust. 6.
9. Jeżeli w terminie określonym w ust. 6 PKO Życie nie wypłaci Świadczenia, powinna zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń z Umowy Ubezpieczenia w całości lub w części.
10. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, PKO Życie powinna poinformować o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
11. 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 innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 14. SKARGI I REKLAMACJE

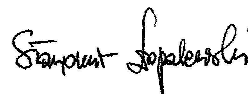
1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia mogą złożyć reklamację (w rozumieniu ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym) dotyczącą usług świadczonych przez PKO Życie.
2. Reklamacje można składać w każdej jednostce PKO Życie:
 - 1) w formie pisemnej - osobiście, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe;
 - 2) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa powyżej;
 - 3) w formie elektronicznej - za pośrednictwem formularza kontaktowego zamieszczonego na stronie internetowej: www.pkoubezpieczenia.pl.
3. Odpowiedź na reklamację powinna zostać wysłana przez PKO Życie 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, PKO Życie powiadomi składającego reklamację wyjaśniając

- przyczynę opóźnienia, wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone dla 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 trwałego nośnika informacji, natomiast za pośrednictwem poczty elektronicznej wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
7. Skargi lub zażalenia nie będące reklamacjami w rozumieniu ust. 1 PKO Życie rozpatruje w terminie 30 dni od ich otrzymania.
8. Jeżeli w terminie określonym w ust. 7 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia skargi okazałoby się niemożliwe, PKO Życie powiadomi skarżącego o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu wskazując okoliczności, które jeszcze powinny zostać ustalone oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę, jednak, nie późniejszy niż 60 dni od dnia otrzymania skargi.
9. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania reklamacji publikowane są na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.


§ 15. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawo Rzeczypospolitej Polskiej stanowi podstawę dla stosunków pomiędzy Ubezpieczającym, agentem i PKO Życie przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia oraz do realizacji praw wynikających z Umowy Ubezpieczenia pomiędzy PKO Życie a uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia.
2. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
3. Korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres adresata. Strony Umowy Ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania o zmianie swoich danych adresowych.
4. PKO Życie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych, które posiada i przetwarza w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.
5. Na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, 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 ogłoszanego 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 jest dostępne na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl oraz w siedzibie PKO Życie.
7. Świadczenia oraz Wartość Wykupu podlegają przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.
8. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie i dożycie „Bezpieczny Kapitał +” zostały zatwierdzone w dniu 27 lipca 2016 roku i wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 2016 roku.

W imieniu i na rzecz PKO Życie:



Prezes Zarządu
Sławomir Łopalewski



Członek Zarządu
Maciej Berger



do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie i Dożycie „Bezpieczny Kapitał +”

Warunki ubezpieczenia dodatkowego PKO Assistance Medyczny

§ 1. DEFINICJE

1. W niniejszych warunkach ubezpieczenia dodatkowego PKO Assistance Medyczny mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **Centrum Operacyjne** – centrum zorganizowane przez podmiot, realizujący na zlecenie PKO Życie świadczenia określone w niniejszych warunkach, któremu Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) jest zobowiązany zgłosić zdarzenie ubezpieczeniowe pod numerem telefonu wskazanym w Polisie
 - 2) **Choroba Psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).
 - 3) **Lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
 - 4) **Lekarz Pierwszego Kontraktu** – lekarz specjalista medycyny rodzinnej;
 - 5) **Lekarz Prowadzący Leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, niebędący członkiem rodziny Ubezpieczonego ani Lekarzem Centrum Operacyjnego;
 - 6) **Miejsce zamieszkania** – adres mieszkania lub domu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który został wskazany przez Ubezpieczającego podczas zgłaszania do Centrum Operacyjnego zdarzenia ubezpieczeniowego po raz pierwszy. W przypadku zmiany Miejsca zamieszkania Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznego zgłoszenia tego faktu do Centrum Operacyjnego;
 - 7) **Placówka Medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 8) **Siła Wyższa** – zdarzenie zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia i zapobiegnięcia, które uniemożliwia lub powoduje opóźnienie wykonania świadczenia przez Centrum Operacyjne lub uniemożliwia Ubezpieczonemu zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego do Centrum Operacyjnego;
 - 9) **Sprzęt Rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie. Sprzęt rehabilitacyjny to wyłącznie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, laski, gorsety, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
 - 10) **Transport Medyczny** – transport zapewniony Ubezpieczonemu przez Centrum Operacyjne, dostosowany do jego stanu zdrowia i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
 - 11) **Usługi Assistance** – usługi polegające na udzieleniu pomocy Ubezpieczonemu w zakresie PKO Assistance Medyczny.
2. Pozostałe definicje stosowane w niniejszym warunkach ubezpieczenia dodatkowego PKO Assistance Medyczny, nie wymienione w ust. 1 mają znaczenie nadane w OWU.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA PKO ASSISTANCE MEDYCZNY – PAKIET „MOJE ZDROWIE”

1. Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego PKO Assistance Medyczny w pakiecie „Moje Zdrowie” jest organizacja i pokrycie

kosztów Usług Assistance świadczonych na rzecz Ubezpieczonego w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku oraz zapewnienie dostępu do usług informacyjnych.

2. Zakres PKO Assistance Medyczny w pakiecie „Moje Zdrowie” obejmuje Usługi Assistance opisane w niniejszym ustępie, które są świadczone do wysokości łącznego limitu kwotowego 2 000 PLN, stanowiącego górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w każdym Roku Polisowym obowiązywania Umowy Ubezpieczenia oraz nielimitowany dostęp do infolinii medycznej:
 - 1) **Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u Lekarza Specjalisty** – jeżeli Ubezpieczony zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie lub Lekarza Pierwszego Kontakt, wymaga wizyty u Lekarza Specjalisty, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wizyt w Placówce Medycznej u następujących Lekarzy Specjalistów: chirurga, okulisty, otolaryngologa, ortopedy, kardiologa, neurologa, pulmonologa, neurochirurga;
 - 2) **Organizacja i pokrycie kosztów Transportu medycznego do Placówki Medycznej** – jeżeli Ubezpieczony wymaga, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wizyty w Placówce Medycznej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt Transportu Medycznego Ubezpieczonego do Placówki Medycznej;
 - 3) **Organizacja i pokrycie kosztów Transportu Medycznego pomiędzy Placówkami Medycznymi** – jeżeli Ubezpieczony, przebywa w Placówce Medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony zgodnie z pisemnym zaleceniem został skierowany przez Lekarza Prowadzącego Leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt Transportu Medycznego Ubezpieczonego pomiędzy Placówkami Medycznymi;
 - 4) **Organizacja i pokrycie kosztów Transportu Medycznego z Placówki Medycznej** – jeżeli Ubezpieczony zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie wymaga po wizycie w Placówce Medycznej Transportu Medycznego do Miejsca Zamieszkania, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt Transportu Medycznego Ubezpieczonego z Placówki Medycznej do Miejsca Zamieszkania;
 - 5) **Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu Zamieszkania, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego Ubezpieczonego. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Ubezpieczonego do poradni rehabilitacyjnej, koszty zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w poradni rehabilitacyjnej albo koszty dojazdu fizykoterapeuty do Miejsca Zamieszkania i koszty wykonywanych tam zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 6) **Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu oraz dostarczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego** – jeżeli Ubezpieczonemu, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, zostanie zalecone używanie Sprzętu Rehabilitacyjnego w Miejscu Zamieszkania, Ubezpieczyciel zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego oraz organizuje i pokrywa koszt dostarczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego do Miejsca Zamieszkania;
 - 7) **Organizacja i pokrycie kosztów pomocy pielęgniarstwa po Leczeniu Szpitalnym dłuższym niż 4 dni spowodowanym Nieszczęśliwym Wypadkiem** – jeżeli po zakończeniu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczony, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie wymaga pomocy pielęgniarstwa w Miejscu Zamieszkania, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt takiej pomocy. Pomoc pielęgniarstwa obejmuje pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych, wykonanie iniekcji, zmianę opatrunku, podanie leków;

- 8) **Zwrot kosztów dostosowania Miejsca Zamieszkania** – jeżeli wobec Ubezpieczonego zostanie orzeczona Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty poniesione w celu dostosowania Miejsca Zamieszkania koszty:
- przebudowy łazienki;
 - przebudowy kuchni;
 - usunięcia progów w drzwiach;
 - poszerzenia drzwi do lokalu mieszkalnego i znajdujących się w nim pomieszczeń;
 - zamontowania uchwyty pomocniczych na ścianach.
- 9) **Infolinia medyczna** – w ramach infolinii medycznej Ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
- danych teledadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia w razie choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku,
 - Informacji na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - danych teledadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - danych teledadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - informacji o niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych,
 - informacji o dietach, zdrowym żywieniu,
 - danych teledadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - danych teledadresowych aptek czynnych przez całą dobę, oraz
 - umożliwia Ubezpieczonemu telefoniczną rozmowę z Lekarzem Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA PKO ASSISTANCE MEDYCZNY – PAKIET „MOJE DZIECKO”

- Przedmiotem ubezpieczenia dodatkowego PKO Assistance Medyczny w pakiecie „Moje Dziecko” jest:
 - organizacja i pokrycie kosztów Usług Assistance świadczonych na rzecz Dziecka w razie wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku;
 - organizacja i pokrycie lekcji prywatnych dla Dziecka po Leczeniu szpitalnym dłuższym niż 4 dni wskutek choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku;
 - zapewnienie dostępu do usług informacyjnych.
- Zakres PKO Assistance Medyczny w pakiecie „Moje Dziecko” obejmuje Usługi Assistance opisane w niniejszym ustępie, które są świadczone do wysokości łącznego limitu kwotowego 3 000 PLN, stanowiącego górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w każdym Roku Polisowym obowiązywania Umowy Ubezpieczenia oraz nielimitowany dostęp do infolinii medycznej:
 - Organizacja i pokrycie kosztów wizyty Lekarza Pierwszego Kontakt** – Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wizyty Dziecka u Lekarza Pierwszego Kontakt w Placówce Medycznej lub koszty dojazdów i honorariów Lekarza Pierwszego Kontakt do Miejsca Zamieszkania, o ile dyspozytor pogotowia ratunkowego lub Lekarza Prowadzący Leczenie nie stwierdził konieczności interwencji pogotowia ratunkowego;
 - Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u Lekarza Specjalisty** – jeżeli Dziecko, zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie lub Lekarza Pierwszego Kontakt, wymaga wizyty u Lekarza Specjalisty, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wizyt w Placówce Medycznej u następujących Lekarzy Specjalistów: pediatry, chirurga, okulisty, otolaryngologa, ortopedy, kardiologa, neurologa, pulmonologa, neurochirurga;
 - Organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia leków** – jeżeli Dziecko wymaga leżenia na podstawie pisemnego zalecenia wydanego przez Lekarza Prowadzącego Leczenie oraz zażywania leków zaordynowanych przez Lekarza Prowadzącego Leczenie, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków do Miejsca Zamieszkania; Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztu leków;
 - Organizacja i pokrycie kosztów Transportu Medycznego do Placówki Medycznej** – jeżeli Dziecko wymaga, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wizyty w Placówce Medycznej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt Transportu Medycznego Dziecka do Placówki Medycznej;
 - Organizacja i pokrycie kosztów Transportu Medycznego pomiędzy Placówkami Medycznymi** – jeżeli Dziecko przebywa w Placówce Medycznej, która nie odpowiada wymogom

- leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Dziecko zgodnie z pisemnym zaleceniem zostało skierowane przez Lekarza Prowadzącego Leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce Medycznej, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt Transportu Medycznego Dziecka pomiędzy Placówkami Medycznymi;
- Organizacja i pokrycie kosztów Transportu Medycznego z Placówki Medycznej** – jeżeli Dziecko zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie wymaga po wizycie w Placówce Medycznej Transportu Medycznego do Miejsca Zamieszkania, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt Transportu Medycznego Dziecka z Placówki Medycznej do Miejsca Zamieszkania;
 - Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego** – jeżeli Dziecko, zgodnie z zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wymaga rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w Miejscu Zamieszkania, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty procesu rehabilitacyjnego Dziecka. Koszty procesu rehabilitacyjnego to koszty transportu Dziecka do poradni rehabilitacyjnej, koszty zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w poradni rehabilitacyjnej albo koszty dojazdu fizykoterapeuty do Miejsca Zamieszkania i koszty wykonywanych tam zabiegów rehabilitacyjnych;
 - Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu oraz dostarczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego** – jeżeli Dziecko, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, zostanie zalecone używanie Sprzętu Rehabilitacyjnego w Miejscu Zamieszkania, Ubezpieczyciel zapewnia pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego oraz organizuje i pokrywa koszt dostarczenia Sprzętu Rehabilitacyjnego do Miejsca Zamieszkania;
 - Organizacja i pokrycie kosztów pomocy pielęgniarki po Leczeniu Szpitalnym dłuższym niż 4 dni** – jeżeli po zakończeniu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecko, zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie, wymaga pomocy pielęgniarki w Miejscu Zamieszkania, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt takiej pomocy; Pomoc pielęgniarki obejmuje pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych, wykonanie iniekcji, zmianę opatrunku, podanie leków.
 - Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji** – jeżeli po Leczeniu Szpitalnym Dziecka dłuższym niż 4 dni wskutek choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku zostanie wystawione zwolnienie lekarskie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie na okres dłuższy niż 14 dni, Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt prywatnych lekcji w okresie 90 dni od daty zakończenia Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni, ale nie później niż do końca Okresu Odpowiedzialności;
 - Infolinia medyczna** – w ramach infolinii medycznej Ubezpieczyciel zapewnia dostęp do:
 - danych teledadresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia w razie choroby lub Nieszczęśliwego Wypadku,
 - informacji na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży,
 - danych teledadresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - danych teledadresowych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - informacji o niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych,
 - informacji o dietach, zdrowym żywieniu,
 - danych teledadresowych domów pomocy społecznej, hospicjów,
 - danych teledadresowych aptek czynnych przez całą dobę, oraz
 - umożliwia Ubezpieczonemu telefoniczną rozmowę z Lekarzem Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania.

§ 4. WYŁĄCZENIE I OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI PKO ŻYCIE Z TYTUŁU PKO ASSISTANCE MEDYCZNY

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w zakresie PKO Assistance Medyczny za zdarzenia powstałe w następstwie:
 - zdarzeń wymienionych w § 5 ust. 2 OWU;
 - rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata Świadczenia odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego;
 - zdarzeń, do których doszło w okresie 12 miesięcy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia;

- 4) rutynowego lub regenerującego leczenia stomatologicznego, bez względu na to, czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego;
 - 5) nieprzestrzegania zaleceń Lekarza Prowadzącego Leczenie;
 - 6) leczenia zachowawczego lub zapobiegawczego, chyba, że było ono zalecone przez Lekarza Centrum Operacyjnego;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, jazdy bobslejem, kolarstwa ekstremalnego, walki wręcz, wspinaczki górskiej lub skałkowej wymagającej użycia specjalistycznego sprzętu, speleologii, skoków bungee, zorbingu, wyścigów, rajdów lub akrobacji motorowych lub motorowodnych, wyścigów konnych, górskich sphysów wodnych, nurkowania (z wyłączeniem niezawodowego i niewyczynowego nurkowania z aparatem oddechowym maksymalnie do 10 metrów głębokości), skoków do wody, żeglarstwa morskiego lub oceanicznego, paralotniarstwa, szybownictwa, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, spadochroniarstwa, myślistwa oraz wypraw na bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 8) katastrof naturalnych, działania ognia lub innych żywiołów (trzęsienia ziemi, nagłe zmiany temperatury, powódzie, huragany, pożary, wybuchy, wyładowania atmosferyczne);
 - 9) opóźnień organizacji świadczenia przez Ubezpieczyciela wskutek strajków, niepokojów społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego;
 - 10) opóźnień świadczenia Ubezpieczyciela wskutek udokumentowanego działania Siły Wyższej ;
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje kosztów:
- 1) leczenia sanatorijnego oraz helioterapii, niezależnie od powodu wykonania;
 - 2) rutynowych badań fizykalnych, w tym badań i testów ginekologicznych, szczepień i innych leków lub zabiegów zapobiegawczych;
 - 3) świadczeń i usług medycznych w związku ze zdarzeniami, które miały miejsce poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

§ 5. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA OBJĘTEGO UBEZPIECZENIEM PKO ASSISTANCE MEDYCZNY

1. W celu skorzystania z Usług Assistance, Ubezpieczony (lub osoba działająca w jego imieniu) powinien niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego i przed podjęciem działań we własnym zakresie zawiadomić telefonicznie Centrum Operacyjne i podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres miejsca zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) adres Miejsca Zamieszkania;
 - 4) numer telefonu, pod którym Centrum Operacyjne może skontaktować się z Ubezpieczonym lub osobą wyznaczoną;
 - 5) krótki opis zdarzenia oraz rodzaj potrzebnej pomocy.
2. Jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Centrum Operacyjnym i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty Usług Assistance, powinien poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela w terminie 7 dni od dnia, kiedy skontaktowanie z Ubezpieczycielem stało się możliwe. Ubezpieczyciel zwraca ww. koszty Usług Assistance na podstawie przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów potwierdzających fakt zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania ze świadczenia oraz poniesienia tych kosztów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
3. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie odpowiedzialności, okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 2, następuje na podstawie udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitu ustalonego w niniejszych warunkach ubezpieczenia dodatkowego PKO Assistance Medyczny.
5. W przypadku zorganizowania Usług Assistance we własnym zakresie przez Ubezpieczonego bez powiadomienia Centrum Operacyjnego, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wypłaty świadczenia w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.
6. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego PKO Assistance Medyczny mają zastosowanie postanowienia OWU.

KARTA PARAMETRÓW UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE I DOZYCIE „BEZPIECZNY KAPITAŁ +”



Ubezpieczenia

1. WYKAZ ZDARZEŃ OBJĘTYCH ZAKRESEM UBEZPIECZENIA ORAZ WYSOKOŚCI SUM UBEZPIECZENIA

Zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia (wszystkie pakiety)	Suma Ubezpieczenia
Dożycie Ubezpieczonego do końca Okresu Odpowiedzialności	iloczyn 109,33% oraz Składki Oszczędnościowej pomniejszonej o sumę kwot przeznaczonych na pokrycie należności z tytułu nieopłaconej przez Ubezpieczającego Składki Ochronnej

Pakiet „Moja Rodzina”

Zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia	Suma Ubezpieczenia
1. Zgon Ubezpieczonego	7.500 PLN oraz 102% Wartości Wykupu z Miesiąca Polisowego, w którym nastąpił zgon Ubezpieczonego
2. Zgon Partnera Ubezpieczonego	7.500 PLN
3. Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	15.000 PLN
4. Zgon Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	15.000 PLN
5. Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego	7 500 PLN
6. Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Partnera Ubezpieczonego	7 500 PLN
7. Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	15.000 PLN
8. Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	15.000 PLN
9. Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	25.000 PLN
10. Inwalidztwo Partnera Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	25.000 PLN

Pakiet „Moje Zdrowie”

Zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia	Suma Ubezpieczenia
1. Zgon Ubezpieczonego	1.000 PLN oraz 102% Wartości Wykupu z Miesiąca Polisowego, w którym nastąpił zgon Ubezpieczonego
2. Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego	17.500 PLN
3. Leczenie Szpitalnie Ubezpieczonego dłuższe niż 4 dni spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem	Świadczenie za każdy dzień Leczenia Szpitalnego trwającego dłużej niż 4 dni w wysokości 100 PLN.
4. PKO Assistance Medyczny	Zakres ubezpieczenia oraz limit kwotowy zgodnie z Załącznikiem nr 1 do OWU

Pakiet „Moja Dziecko”

Zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia	Suma Ubezpieczenia
1. Zgon Ubezpieczonego	10.000 PLN oraz 102% Wartości Wykupu z Miesiąca Polisowego, w którym nastąpił zgon Ubezpieczonego
2. Zgon Rodzica dziecka	10 000 PLN
3. Ciężkie Zachorowanie Dziecka	30 000 PLN
4. PKO Assistance Medyczny	Zakres ubezpieczenia oraz limit kwotowy zgodnie z Załącznikiem nr 1 do OWU

2. WYSOKOŚĆ WYPŁATY W PRZYPADKU, O KTÓRYM MOWA W § 5 UST. 1 OWU

Zdarzenie	Wysokość wypłaty
Zgon Ubezpieczonego w wyniku okoliczności wymienionych w § 5 ust. 1 pkt 1)-4)	102% Wartości Wykupu z Miesiąca Polisowego, w którym nastąpił zgon Ubezpieczonego

3. WSKAŹNIK WYKUPU

Wysokość wskaźnika w kolejnych Latach Polisowych:	Sposób obliczenia Wartości Wykupu
1) Pierwszy Rok Polisowy: 99% 2) Drugi Rok Polisowy: 100,8% 3) Trzeci Rok Polisowy: 102,6% 4) Czwarty Rok Polisowy: 104,4% 5) Piąty Rok Polisowy: 106,2%.	Wartość Wykupu, o której mowa w § 8 OWU, jest równa iloczynowi Składki Oszczędnościowej pomniejszonej o sumę kwot przeznaczonych na pokrycie należności z tytułu nieopłaconej przez Ubezpieczającego Składki Ochronnej oraz wskaźnika wykupu z Roku Polisowego, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia. PKO Życie wypłaci Ubezpieczającemu środki pieniężne pochodzące z wykupu ubezpieczenia w terminie 20 dni od dnia doręczenia do PKO Życie wniosku o wykup ubezpieczenia.