

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE



Ubezpieczenia

dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są posiadaczami Kart Kredytowych

1. PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

- Na podstawie niniejszej Deklaracji Przystąpienia Posiadacz Karty kredytowej wydawanej do Umowy nr składa oświadczenie woli o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia na życie zwanego dalej „**Ubezpieczeniem na Życie**” oferowanego przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. - na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są Posiadaczami Kart kredytowych zawartej pomiędzy ubezpieczycielem PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a PKO Bankiem Polskim SA, w zakresie następujących ryzyk:
 - zgonu,
 - Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku albo Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku,
 zwaną w dalszej części Deklaracji Przystąpienia jako „**Umowa Ubezpieczenia**”.
- Przystąpienie do Ubezpieczenia odbywa się na zasadach określonych w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie dla Klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są Posiadaczami Kart kredytowych zatwierdzonych przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 22 grudnia 2016 r. zwanych dalej „**OWU**” stanowiących Załącznik do ww. Umowy Ubezpieczenia. Terminy użyte z wielkiej litery w Deklaracji Przystąpienia, przyjmują znaczenie nadane im w OWU.

2. STRONY STOSUNKU UBEZPIECZENIA

UBEZPIECZONY

Pierwsze Imię	<input type="text"/>	Drugie Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.	PESEL	<input type="text"/>
	Data (dd-mm-rrrr)		
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Kraj miejsca urodzenia	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Nr kier. kraju		Nr telefonu komórkowego lub stacjonarnego
E-mail	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod kraju	Kod pocztowy	Miejscowość
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

STRONY UMÓW UBEZPIECZENIA:

UBEZPIECZAJĄCY

Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna ul. Puławska 15, 02-515 Warszawa, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS: 0000026438, NIP: 525-000-77-38. Kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony: 1 250 000 000 PLN (dalej „**Ubezpieczający**” lub „**PKO BP SA**”).

UBEZPIECZYCIEL

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000031094, NIP 521-04-19-914. Kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony: 89 308 936,29 PLN (dalej „**PKO Życie**” lub „**Ubezpieczyciel**”) posiadająca zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w Dziale I Ubezpieczenia na życie wydane przez Ministra Finansów.

3. WARUNKI UBEZPIECZENIA: OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES OCHRONY, SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

Okres Ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia	<ol style="list-style-type: none"> Ubezpieczony przystępuje do Ubezpieczenia na Życie na Okresy Ubezpieczenia wynoszące 12 kolejnych Cykli Rozliczeniowych następujących po złożeniu niniejszej Deklaracji Przystąpienia, w ramach których Ubezpieczyciel gotowy jest udzielać ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU. Okresy Ubezpieczenia ulegają każdorazowo odnowieniu na kolejne Okresy Ubezpieczenia, na podstawie zgody udzielonej przez Ubezpieczonego w pkt 6 ppkt 11) niniejszej Deklaracji Przystąpienia.
--	--

Okres Ochrony w ramach Okresu Ubezpieczenia	<ol style="list-style-type: none"> 1. W ramach każdego Okresu Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, tj. ponosi odpowiedzialność na wypadek skutków Zdarzeń Ubezpieczeniowych wymienionych w pkt 4 Deklaracji Przystąpienia. 2. Okres Ochrony rozpoczyna się każdorazowo dla danego Ubezpieczonego z momentem wykorzystania jakiegokolwiek części limitu kredytowego, a kończy się każdorazowo z chwilą spłaty Salda Zadłużenia. 3. Ubezpieczony może mieć wiele Okresów Ochrony w ramach jednego Okresu Ubezpieczenia.
Składki Ubezpieczeniowe	<ol style="list-style-type: none"> 1. Składki Ubezpieczeniowe są płatne do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego. 2. Składki równe są kwocie stanowiącej iloczyn taryfy Składki za dane Ubezpieczenie oraz kwoty wykorzystanego Salda Zadłużenia z ostatniego dnia Cyklu Rozliczeniowego, w którym udzielana była ochrona ubezpieczeniowa. 3. Taryfa Składki wynosi: <ul style="list-style-type: none"> • 0,027% karty kredytowe: PKO MasterCard Platinum i PKO VISA Infinite, • 0,105% karty kredytowe: Przejrzysta karta kredytowa PKO VISA, • 0,080% karty kredytowe: pozostałe.

4. ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA

Lp	Zakres Ubezpieczenia	Wysokość Sum Ubezpieczenia i Świadczenia należne w Okresie Ubezpieczenia
1	Zgon Ubezpieczonego	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia, w odniesieniu do jednej Karty, równa jest wysokości kwoty Salda Zadłużenia w przypadku gdy Saldo Zadłużenia nie przekracza kwoty 3 000 PLN (słownie: trzy tysiące złotych), a powyżej tej kwoty Suma Ubezpieczenia równa jest wysokości Salda Zadłużenia ale nie więcej niż 150% średniego miesięcznego zadłużenia za okres do dnia poprzedzającego wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jednakże nie dłuższy niż 6 miesięcy. 2. Suma Ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego nie może być wyższa niż: <ol style="list-style-type: none"> 1) z tytułu posiadania karty PKO MasterCard Platinum oraz PKO Visa Infinite: <ol style="list-style-type: none"> a) 100.000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych) – w odniesieniu do Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień lit. b); b) 200.000 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych) – w odniesieniu do Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przy czym przy ustalaniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do kwoty świadczenia przekraczającej 100.000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), zgon Ubezpieczonego będzie uznany za spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem, jeżeli nastąpi w okresie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną zgonu; 2) z tytułu posiadania innych Kart, niż wymienione w pkt 1): 50.000 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych). 3. Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uposażonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej w chwili zgonu Ubezpieczonego. Jeżeli z dokumentacji dostarczonej przez osobę zgłaszającą roszczenie nie wynika jednoznacznie godzina zgonu, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uposażonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień zgonu Ubezpieczonego.
2	Trwała i Całkowita Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego będąca Następstwem Nieszczęśliwego Wypadku oraz Inwalidztwa Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku	<ol style="list-style-type: none"> 1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia, w odniesieniu do jednej Karty, równa jest wysokości kwoty Salda Zadłużenia w przypadku gdy Saldo Zadłużenia nie przekracza kwoty 3 000 PLN (trzy tysiące złotych), a powyżej tej kwoty Suma Ubezpieczenia równa jest wysokości Salda Zadłużenia nie więcej niż 150% średniego miesięcznego zadłużenia za okres do dnia poprzedzającego wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, jednakże nie dłuższy niż 6 miesięcy. 2. Suma Ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego nie może być wyższa niż: <ol style="list-style-type: none"> 1) z tytułu posiadania karty PKO MasterCard Platinum oraz PKO Visa Infinite: 200.000 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych) – w odniesieniu do Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku oraz Inwalidztwa Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku; 2) z tytułu posiadania innych Kart, niż wymienione w lit. a): 50.000 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych). 3. Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej w chwili, w której nastąpił Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną i Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy. Jeżeli z dokumentacji dostarczonej przez osobę zgłaszającą roszczenie nie wynika jednoznacznie godzina wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku. 4. Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie. W przypadku Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w Załączniku nr 1 do OWU procentu Sumy Ubezpieczenia aktualnej w chwili, w której nastąpił Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną wystąpienia Inwalidztwa. Jeżeli z dokumentacji dostarczonej przez osobę zgłaszającą roszczenie nie wynika jednoznacznie godzina wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego procentu Sumy Ubezpieczenia aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku.

5. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UBEZPIECZONEGO

Administratorem przekazanych danych osobowych przetwarzanych w związku z Ubezpieczeniem jest PKO Życie. Dane osobowe zawarte w niniejszej Deklaracji Przystąpienia oraz pozyskane w przyszłości w związku ze świadczeniem przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy Ubezpieczenia będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy Ubezpieczenia. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadkach wskazanych w ustawie o ochronie danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji ochrony ubezpieczeniowej do której Ubezpieczony przystąpił w ramach Ubezpieczenia na Życie. Dane osobowe obejmujące: imiona, nazwisko, datę urodzenia, PESEL, adres do korespondencji, płeć, wyniki badań medycznych oraz wszelką dokumentację medyczną mogą być przekazane reasekuratorowi w celu reasekuracji ryzyk wynikających z Umów Ubezpieczenia.

6. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam wobec PKO Życie, że:

- Otrzymałem(-am), zapoznałem(-am) się i akceptuję treść OWU, tj. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na życie dla Klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są Posiadaczami Kart kredytowych zatwierdzonych przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 22 grudnia 2016 r.
- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), iż Suma Ubezpieczenia jest zmienna, zgodnie z postanowieniami § 11 OWU i pkt 4 niniejszej Deklaracji Przystąpienia oraz wyrażam zgodę na jej wysokość.
- Zapoznałem(-am) się, zrozumiałem(-am) i akceptuję wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zawarte w § 6 OWU.
- Zobowiązuję się do informowania Ubezpieczyciela za pośrednictwem PKO BP SA o każdej zmianie podanych przeze mnie danych, w szczególności o zmianie danych kontaktowych.
- Wyrażam zgodę na finansowanie kosztu Składek Ubezpieczeniowych do zapłaty, do których zobowiązany jest Ubezpieczający w wysokości opłaty wyliczonej na podstawie pkt 3 Deklaracji Przystąpienia. Opłata wyliczana jest w oparciu o saldo zadłużenia z ostatniego dnia Cyklu Rozliczeniowego i pobierana jest z rachunku karty kredytowej w kolejnym Cyklu Rozliczeniowym, z zastrzeżeniem kart kredytowych PKO MasterCard Platinum i PKO VISA Infinite, w ramach których koszt Składek Ubezpieczeniowych finansowany jest przez Ubezpieczającego.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie do Ubezpieczyciela (w zakresie koniecznym do realizacji przez niego Świadczeń wynikających z udzielonej mi ochrony) przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a także w celu ustalenia przyczyny mojej śmierci w przypadku roszczeń z tytułu zgonu, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięgnięcie informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości Świadczeń.
- Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do udzielania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową związanych z posiadanymi Kartami kredytowymi, obejmujących w szczególności: numer rachunku Karty kredytowej, nazwę Karty kredytowej, wysokość Salda Zadłużenia powstałego na rachunku Karty kredytowej, wysokość średniego Salda Zadłużenia za okres 6 miesięcy do dnia poprzedzającego wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty Świadczeń z tytułu Ubezpieczenia na Życie.
- Wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Ubezpieczyciela u każdego innego ubezpieczyciela, informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie koniecznym dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych danych oraz w zakresie niezbędnym do ustalenia mojego prawa do Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia na Życie i wysokości tego Świadczenia, a także do zasięgnięcia informacji o przyczynie mojej śmierci w przypadku roszczenia o Świadczenie z tytułu zgonu. Wyrażam zgodę na udzielenie informacji w zakresie wskazanym powyżej, każdemu innemu ubezpieczycielowi.
- Wyrażam zgodę, by wszelkie informacje dotyczące udzielanej mi ochrony ubezpieczeniowej w ramach Ubezpieczenia na Życie mogły być dostarczane w sposób analogiczny jak dla Umowy Karty – w tym drogą elektroniczną. Powyższe nie dotyczy informacji o charakterze marketingowym.
- Wyrażam zgodę na każdorazowe odnawianie Okresów Ubezpieczenia wynoszących 12 kolejnych Cykli Rozliczeniowych, w ramach których udzielana jest mi ochrona ubezpieczeniowa na kolejne Okresy Ubezpieczenia analogiczne do dotychczasowych, zgodnie z pkt 3 Deklaracji Przystąpienia. Jestem świadomy, że mam prawo złożyć oświadczenie o braku zgody na dalsze odnawianie Okresów Ubezpieczenia albo wystąpić (zrezygnować) z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie Ubezpieczenia na Życie, w każdym czasie.

Miejscowość	Data (dd-mm-rrrr)	Podpis Ubezpieczonego

7. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA

Uwaga: Wypełnia osoba przyjmująca Deklarację Przystąpienia

Potwierdzam złożenie podpisu

Miejscowość	Data (dd-mm-rrrr)	Podpis i pieczęć firmowa Ubezpieczającego - PKO Banku Polskiego SA/Pracownika PKO Banku Polskiego SA lub Pieczęć nagławkowa Agencji PKO Banku Polskiego SA, pieczęć imienna i podpis Agenta Banku/pracownika Agenta Banku

8. UPOSAŻONY (DOTYCZY ŚWIADCZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO)

Wyrażam zgodę na wskazanie przez Ubezpieczającego jako Uposażonego w przypadku mojego zgonu: Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie w wysokości: 100% Sumy Ubezpieczenia w przypadku Zgonu Ubezpieczonego.

Miejscowość	Data (dd-mm-rrrr)	Podpis Ubezpieczonego

9. CESJA NA RZECZ BANKU Z TYTUŁU ŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że przelewam na rzecz PKO BP SA, który wydał mi Kartę Kredytową do Umowy nr, prawa do następujących Świadczeń, które mogą przysługiwać mi z tytułu zajścia następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych:

Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku albo Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia, w każdym przypadku do wysokości wierzytelności PKO BP SA z tytułu Umowy nr, na dzień zajścia któregokolwiek z ww. Zdarzeń Ubezpieczeniowych.

_____ | _____ | _____
Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Podpis Ubezpieczonego

10. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA CESJI

W imieniu PKO BP SA będącego cesjonariuszem i stroną ww. Umowy o Kartę Kredytową oświadczam, że przyjmuje ww. cesję wierzytelności.
Potwierdzam złożenie podpisu

_____ | _____ | _____
Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Podpis i pieczęć firmowa Ubezpieczającego - PKO Banku Polskiego SA/Pracownika PKO Banku Polskiego SA lub Pieczęć nagłówekowa Agencji PKO Banku Polskiego SA, pieczęć imienna i podpis Agenta Banku/pracownika Agenta Banku