

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE Z OPCJĄ UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU
KAPITAŁOWEGO „PARTNER PRO”



Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ust. 1 i 2, § 35 ust. 3-4, ust. 6, § 36 ust. 9 w przypadku wybrania ryzyka operacji chirurgicznych: § 3 ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego dotyczących operacji chirurgicznych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	§ 4 ust. 2-4, ust. 7-8, § 5 - § 11, § 35 ust. 1-2, ust. 5, ust. 7-8, § 36 ust. 1-8 w przypadku wybrania ryzyka operacji chirurgicznych: § 2 ust. 1 pkt 5), § 4 ust. 1-2, ust. 3 pkt 5), § 5, § 9 ust. 3-7 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego dotyczących operacji chirurgicznych
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	§ 29-31 Wysokości opłat są podawane w Umowie Generalnej
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	§ 2 pkt 57) – 58) § 28

ROZDZIAŁ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej **OWU**, PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwana dalej **PKO Ubezpieczenia**, zawiera z Ubezpieczającym umowę grupowego ubezpieczenia na życie z opcją ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, „Partner pro” zwaną dalej **Umową Ubezpieczenia**.
2. Przez zawarcie Umowy Ubezpieczenia PKO Ubezpieczenia zobowiązuje się spełnić określone w Umowie Ubezpieczenia Świadczenie w razie zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek Ubezpieczeniowych.

ROZDZIAŁ 2 DEFINICJE

§ 2.

Terminy użyte w OWU oznaczają:

- 1) **Amatorskie nurkowanie** – niezawodowe i niewyczerpane nurkowanie z aparatem oddechowym (akwalungiem) maksymalnie do 10 metrów głębokości;
- 2) **Certyfikat** – dokument wystawiany przez PKO Ubezpieczenia, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która wystąpiła w Okresie Odpowiedzialności;
- 4) **Choroby Istniejące przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności** – Choroby:
 - a) Które, w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia, były przedmiotem leczenia, rehabilitacji, operacji lub badań, które potwierdziły istnienie Choroby lub
 - b) które zostały zdiagnozowane w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia;
- 5) **Ciężkie Zachorowanie** – zajście jednego z poniższych zdarzeń, które zostało orzeczone przez Lekarza Specjalistę odpowiedzialnej dziedziny, a także zostało potwierdzone przez Lekarza Zaufania:
 - a) **zaawansowana choroba Alzheimera** – nie budzące wątpliwości, jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera która wystąpiła przed osiągnięciem 65 roku życia i została stwierdzona przez Lekarza Specjalistę na podstawie badania stanu klinicznego, wyników powszechnie akceptowanych standaryzowanych testów odnoszących się do badań funkcji poznawczych oraz badań neuroradiologicznych mózgu (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny lub PET); aby stwierdzić Ciężkie Zachorowanie choroba musi powodować stałą niezdolność do wykonywania co najmniej trzech podstawowych czynności w zakresie codziennej aktywności życiowej:
 - samodzielnego mycia się (w wannie lub pod prysznicem),
 - samodzielnego ubierania się (zakładanie i zdejmowanie odzieży, mocowanie lub zapinanie części odzieży),
 - samodzielnego zachowania higieny osobistej (używanie ubikacji i przestrzeganie podstawowych zasad higieny),
 - samodzielnego poruszania się (przemieszczanie się w domu na płaskiej powierzchni),
 - kontrolowania czynności wydalniczych (panowanie nad oddawaniem stolca i moczu),
 - samodzielnego jedzenia (zdolność samodzielnego picia i jedzenia – z wyłączeniem przygotowywania posiłków); innym warunkiem akceptacji Ciężkiego Zachorowania jest spowodowana przez chorobę konieczność stałego nadzoru i stałej opieki osób trzecich; wymienione wyżej warunki muszą występować przez co najmniej 3 miesiące i powinny być udokumentowane w dokumentacji medycznej; wyklucza się wyplątę świadczenia, jeżeli rozpoznanie choroby Alzheimera nastąpiło po 65 roku życia;
 - b) **zaawansowana choroba Creutzfelda – Jakoba** – choroba rozpoznana za życia osoby chorej na podstawie badań klinicznych przez Lekarza Specjalistę; aby stwierdzić Ciężkie Zachorowanie musi zaistnieć takie upośledzenie aktywności fizycznej chorego, które powoduje niemożność

wykonywania przez chorego co najmniej trzech z pięciu podanych poniżej czynności życia codziennego:

- samodzielnego poruszania się w obrębie pomieszczeń domowych (konieczność pomocy osoby drugiej),
 - samodzielnego kontrolowania czynności fizjologicznych w zakresie oddawania kału i moczu,
 - samodzielnego ubierania się i rozbierania się (konieczność pomocy osoby drugiej),
 - samodzielnego wykonywania czynności związanych z myciem i higieną osobistą (konieczność pomocy osoby drugiej),
 - wykonywania wszystkich czynności związanych z samodzielnym jedzeniem gotowych posiłków;
- c) **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;
 - d) **zaawansowana niewydolność wątroby** – schyłkowy okres schorzeń wątroby prowadzący do jej marskości z obecnością wszystkich wymienionych objawów:
 - przewlekle utrzymująca się żółtaczka,
 - wodobrzusze,
 - encefalopatia,
 - nadciśnienie wrotne;wyklucza się przypadki alkoholowej marskości wątroby i schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej nadużywaniem leków;
 - e) **zaawansowany nowotwór złośliwy** – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki; pojęciem tym objęte są również białaczki, za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotwory układu limfatycznego i choroba Hodgkina; obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez Lekarza Specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego;
 - f) **rozległe oparzenia** – oparzenia III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała i wymagające intensywnego leczenia szpitalnego; rozległość oparzenia oceniana jest według reguły dziewiątek lub tabeli Lunda i Browdera;
 - g) **chirurgiczna operacja na naczyniach wieńcowych** – operacja wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwężenia lub niedrożności co najmniej dwóch tętnic wieńcowych, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak angioplastyka przeszkońska, terapia laserowa lub inne metody leczenia nieoperacyjnego;
 - h) **długotrwała śpiączka** – stan, w którym stwierdza się głębokie zaburzenia świadomości, brak reakcji na bodźce zewnętrzne, zniesienie wszystkich odruchów neurologicznych, wymagający zastosowania środków podtrzymujących podstawowe czynności życiowe przez co najmniej 96 godzin. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza Specjalistę. Obecność ubytków neurologicznych musi być potwierdzona przez co najmniej 3 miesiące. Wyklucza się odpowiedzialność za długotrwałą śpiączkę spowodowaną zatruciem alkoholem, narkotykami lub nadużyciem leków;
 - i) **transplantacja głównych narządów** – operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przeżył chory w charakterze biorcy;
 - j) **utrata kończyn** – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn; w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków, w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
 - k) **całkowita i trwała utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata mowy wskutek resekcji krtańi albo przewlekłej choroby prowadzącej do zniszczenia krtańi lub wskutek uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Stan utraty mowy musi trwać co najmniej przez 6 miesięcy i być potwierdzony badaniami specjalistycznymi;
 - l) **całkowita i trwała utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku wskutek choroby lub wypadku. Diagnoza powyższa powinna zostać potwierdzona klinicznie przez Lekarza Specjalistę po upływie 6 miesięcy od wystąpienia schorzenia;
- 6) **Deklaracja Zgody** – pisemne oświadczenie Pracownika zawierające oświadczenie woli przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia jako Ubezpieczony;

- 7) **Dziecko** – naturalne albo przysposobione dziecko Ubezpieczonego;
- 8) **Dzień Wznowienia** – wskazany przez PKO Ubezpieczenia dzień, z którym następuje wznowienie rozwiązanej Umowy Ubezpieczenia;
- 9) **Indeksacja** – podwyższenie Sumy Ubezpieczenia i Składki Ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia;
- 10) **Indywidualna Kontynuacja Ubezpieczenia** – indywidualne kontynuowanie Umowy Ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 38, § 39 i § 40 OWU;
- 11) **Indywidualny Rachunek Kapitałowy** – wydzielony dla każdego Ubezpieczonego rachunek Jednostek Funduszu utworzony przez PKO Ubezpieczenia do obsługi Umowy Ubezpieczenia;
- 12) **Indywidualny Stan Funduszu** – suma wartości Jednostek Funduszu zarejestrowanych na wszystkich Rachunkach Indywidualnego Rachunku Kapitałowego;
- 13) **Inwalidztwo** – jedno ze zdarzeń określonych w Załączniku nr 1 do OWU;
- 14) **Jednostki Funduszu** – równe co do wartości części, na które podzielony jest Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy;
- 15) **Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni** – całodobowy pobyt w związku z Chorobą i Nieszczęśliwym Wypadkiem, w celach leczniczych, diagnostycznych, wykonania zabiegu chirurgicznego, podleganie innym rodzajom opieki medycznej służącym ochronie zdrowia w zakładzie opieki zdrowotnej uprawnionym do oferowania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z prawem polskim, 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 (za wyjątkiem zabiegów naprawczych będących likwidacją skutków Nieszczęśliwego Wypadku), hospicjum, ośrodka rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatorium, wypoczynkowym; leczeniem szpitalnym nie jest też leczenie alkoholizmu i innych uzależnień oraz leczenie w trybie dziennym;
- 16) **Lekarz Specjalista** – lekarz, który posiada ważny dokument o uzyskaniu tytułu specjalisty;
- 17) **Lekarz Zaufania** – wskazana przez PKO Ubezpieczenia osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza lub wskazany przez PKO Ubezpieczenia zakład opieki zdrowotnej;
- 18) **Licencjonowane Linie Lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego uprawnione, stosownie do wymogów państwa siedziby przedsiębiorstwa, do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów, bagażu, towarów lub poczty;
- 19) **Miesiąc Polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu 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;
- 20) **Nauka** – kształcenie w szkole średniej w systemie stacjonarnym dziennym lub wieczorowym albo studia stacjonarne prowadzone jako dzienne lub wieczorowe;
- 21) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności zdarzenie nagłe, wywołane działającą nagle i niezależnie od woli oraz stanu zdrowia Ubezpieczonego przyczyną zewnętrzną, z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów), będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia;
- 22) **Okres Karencji** – okres, liczony od pierwszego dnia Okresu Odpowiedzialności, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia;
- 23) **Okres Odpowiedzialności** – okres, w którym PKO Ubezpieczenia udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
- 24) **Okres Opóźnienia** – okres dwóch następujących po sobie miesięcy, licząc od pierwszego dnia okresu, za który Składka Ubezpieczeniowa jest należna, jeżeli nie nastąpiło Opłacenie Składki Ubezpieczeniowej;
- 25) **Opłacenie Składki** – uznanie rachunku bankowego PKO Ubezpieczenia kwotą Składki Ubezpieczeniowej lub kwotą Składki Dodatkowej;
- 26) **Partner** – osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje:
 - a) w związku małżeńskim albo
 - b) w związku nieformalnym, w przypadku niepozostawania Ubezpieczonego w związku małżeńskim wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji Zgody lub w Okresie Odpowiedzialności w pisemnym oświadczeniu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to zostanie złożone do PKO Ubezpieczenia przed dniem zajścia zdarzenia dotyczącego Partnera;
- 27) **Polisa** – dokument wystawiony przez PKO Ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia i jej warunki;
- 28) **Pozostawanie pod wpływem Alkoholu** – stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2⁰/_∞ wzwyż albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dcm³ wzwyż;
- 29) **Pracownik** – wskazana przez Ubezpieczającego osoba fizyczna, która jest objęta ochroną ubezpieczeniową:
 - a) zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, mianowania, wyboru, spółdzielczej umowy o pracę, umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego Ubezpieczającego, w tym kontraktu menedżerskiego oraz na podstawie umowy cywilnoprawnej,
 - b) pozostająca z Ubezpieczającym w innym stosunku prawnym określonym w Umowie Generalnej;
- 30) **Rachunek** – jedna z trzech części Indywidualnego Rachunku Kapitałowego aktywowana w dniu wpływu pierwszej składki, PKO Ubezpieczenia wyróżnia następujące Rachunki:
 - a) **Rachunek 1** – rachunek Jednostek Funduszu nabytych ze Składek Alokowanych pochodzących z Opłaconych Składek Oszczędnościowych,
 - b) **Rachunek 2** – rachunek Jednostek Funduszu nabytych ze Składek Alokowanych pochodzących z Opłaconych przez Ubezpieczającego Składek Dodatkowych,
 - c) **Rachunek 3** – rachunek Jednostek Funduszu nabytych ze Składek Alokowanych pochodzących z Opłaconych przez Ubezpieczonego Składek Dodatkowych;
- 31) **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – dokument, który stanowi integralną część OWU, zawierający w szczególności zasady nabywania i umarzania Jednostek Funduszy, zasady i terminy wyceny Jednostek Funduszy, terminy zamiany środków pochodzących ze Składki Alokowanej na Jednostki Funduszy oraz cel i zasady polityki inwestycyjnej Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- 32) **Rocznica Polisy** – każda rocznica dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a jeżeli w danym roku nie ma takiego dnia – ostatni dzień odpowiedniego miesiąca;
- 33) **Rocznica Ubezpieczenia** – każda rocznica dnia, w którym rozpoczął się Okres Odpowiedzialności, a jeżeli w danym roku nie ma takiego dnia – ostatni dzień odpowiedniego miesiąca;
- 34) **Rodzice** – rodzice naturalni Ubezpieczonego albo osoby, które go przysposobiły;
- 35) **Rok Polisowy** – rok rozpoczynający się w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w każdą Rocznicę Polisy;
- 36) **Rok Ubezpieczeniowy** – rok rozpoczynający się w dniu początku Okresu Odpowiedzialności oraz w każdą Rocznicę Ubezpieczenia;
- 37) **Składka Alokowana** – określona w Umowie Ubezpieczenia procentowa część Składki Oszczędnościowej lub Składki Dodatkowej, która przeznaczona jest na nabycie Jednostek Funduszu wskazanych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- 38) **Składka Dodatkowa** – składka kapitałowa, która może być Opłacana poza Składką Ubezpieczeniową na wskazany w Umowie Ubezpieczenia rachunek bankowy PKO Ubezpieczenia;
- 39) **Składka Ochronna** – część Składki Ubezpieczeniowej należna PKO Ubezpieczenia z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej;
- 40) **Składka Oszczędnościowa** – kapitałowa część Składki Ubezpieczeniowej;
- 41) **Składka Ubezpieczeniowa** – kwota, do której wpłacania na wskazany w Umowie Ubezpieczenia rachunek bankowy PKO Ubezpieczenia, w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia, zobowiązany jest Ubezpieczający niezależnie od tego, kto ją finansuje; Składka Ubezpieczeniowa jest sumą Składki Ochronnej i Składki Oszczędnościowej;
- 42) **Subkonto** – część każdego Rachunku, na którym rejestrowana jest liczba Jednostek Funduszu jednego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;
- 43) **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie Ubezpieczenia kwota stanowiąca podstawę do obliczania wysokości Świadczenia;
- 44) **Szczególny Przypadek Wypadku Komunikacyjnego** – szczególny przypadek Nieszczęśliwego Wypadku zaistniały

- w związku z ruchem lądowego środka transportu publicznego, samochodu osobowego lub samochodu ciężarowego, spowodowany zderzeniem tego pojazdu z osobą, przedmiotem, zwierzęciem lub innym pojazdem;
- 45) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez PKO Ubezpieczenia w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia;
 - 46) **Teściowie** – rodzice naturalni Partnera albo osoby, które go przysposobiły;
 - 47) **Transfer** – przeniesienie części lub całości środków z jednego Subkonta do innego lub innych Subkont w ramach tego samego Rachunku;
 - 48) **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 lub w oparciu o opinię Lekarza Zaufania;
 - 49) **Trwała Utrata Zdrowia** – trwałe i nieodwracalne uszkodzenie ciała lub trwałe i nieodwracalne rozstrój zdrowia;
 - 50) **Ubezpieczający** – wskazana w Umowie Ubezpieczenia, osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z PKO Ubezpieczenia;
 - 51) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** – wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze Składek Alokowanych, inwestowany w sposób określony w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
 - 52) **Ubezpieczony** – wskazany przez Ubezpieczającego Pracownik, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową;
 - 53) **Udar Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym** – nagłe zaburzenia w krążeniu mózgowym, polegające na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału pochodzenia pozaczaszkowego, 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 magnetycznym mózgu. Wyklucza się objawy mózgowe 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 przedślonkowego oraz mikroudary tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
 - 54) **Umowa Generalna** – umowa zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a PKO Ubezpieczenia, stanowiąca integralną część Umowy Ubezpieczenia, zawierająca warunki Umowy Ubezpieczenia;
 - 55) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba, uprawniona, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 34 ust. 4 pkt 12);
 - 56) **Uposażony Zastępczy** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba, uprawniona, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego, jeżeli brak jest uprawnionego Uposażonego;
 - 57) **Wartość Wykupu Całkowitego** – kwota wypłacana w związku z wystąpieniem z Umowy Ubezpieczenia, w wysokości określonej w Załączniku do Deklaracji Zgody i Załączniku do Certyfikatu;
 - 58) **Wartość Wykupu Częściowego** – kwota równa wartości Jednostek Funduszu umarżanych w związku z wykupem częściowym, wypłacana w wysokości określonej w Załączniku do Deklaracji Zgody i Załączniku do Certyfikatu;
 - 59) **Wiek Wstępu** – wiek Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności, obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym, w którym rozpoczyna się Okres Odpowiedzialności, a rokiem kalendarzowym, w którym urodził się Ubezpieczony;
 - 60) **Wykaz Pracowników** – sporządzony przez Ubezpieczającego wykaz zawierający wskazane przez PKO Ubezpieczenia dane dotyczące każdego Pracownika, który przystępuje do Umowy Ubezpieczenia lub Ubezpieczonego, w stosunku do którego kończy się Okres Odpowiedzialności;
 - 61) **Zakres Ubezpieczenia** – wskazany w Umowie Generalnej i Certyfikacie zbiór zdarzeń; zajście któregokolwiek z tych zdarzeń uprawnia Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną do zgłoszenia roszczenia o Świadczenie;
 - 62) **Zawał Serca z Uniesieniem Odcinka ST** – zaistniała w Okresie Odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza Specjalistę. Jako kryteria rozpoznawcze Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST przyjmuje się wystąpienie wszystkich z wymienionych niżej objawów:
 - a) typowe objawy bólu w klatce piersiowej lub ich odpowiedniki,
 - b) pojawienie się nowych zmian w EKG – uniesienie odcinka ST (typowe do Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST),
 - c) podwyższony poziom we krwi enzymów wskaźnikowych Zawału Serca np.: CK(MB), CPK, mioglobina, troponiny;
 wyklucza się:
 - a) Zawał Serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI),
 - b) inne ostre zespoły wieńcowe (np. niestabilna choroba wieńcowa),
 - c) bezobjawowy Zawał Serca.

ROZDZIAŁ 3 ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Zakresem Ubezpieczenia objęty jest zgon Ubezpieczonego w trakcie Okresu Odpowiedzialności lub dożycie Ubezpieczonego do umówionego terminu.
2. Zakresem Ubezpieczenia, w zależności od postanowień Umowy Ubezpieczenia, mogą być również objęte inne zdarzenia w życiu Ubezpieczonego zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności, takie jak:
 - 1) zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – zgon Ubezpieczonego, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 2) zgon Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego – zgon Ubezpieczonego, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Szczególny Przypadek Wypadku Komunikacyjnego, gdy Ubezpieczony był pasażerem lądowego środka transportu publicznego, albo pasażerem lub kierującym samochodem osobowym lub samochodem ciężarowym;
 - 3) zgon Ubezpieczonego w następstwie Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym – zgon Ubezpieczonego, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Zawał Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udar Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym;
 - 4) Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego, której bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 5) Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego w następstwie Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym – Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego, której bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Zawał Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udar Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym;
 - 6) Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Inwalidztwo Ubezpieczonego, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 7) Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego obejmujące wyłącznie zaawansowaną niewydolność nerek, zaawansowany nowotwór złośliwy, chirurgiczne operacje na naczyniach wieńcowych oraz transplantację głównych narządów – wariant podstawowy;
 - 8) Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego obejmujące wszystkie zachorowania wymienione w § 2 pkt 5) a także Udar Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym i Zawał Serca z Uniesieniem Odcinka ST – wariant rozszerzony;
 - 9) Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Ubezpieczonego;
 - 10) Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, której bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 11) Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego;
 - 12) osierocenie Dziecka przez Ubezpieczonego;
 - 13) urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu – urodzenie się żywego Dziecka Ubezpieczonemu;
 - 14) zgon Dziecka – zgon Dziecka lub urodzenie się po 22 tygodniu ciąży martwego Dziecka Ubezpieczonemu;
 - 15) zgon Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – zgon Dziecka, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 16) Inwalidztwo Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Inwalidztwo Dziecka, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;

- 17) Ciężkie Zachorowanie Dziecka obejmujące wyłącznie zaawansowaną niewydolność nerek, zaawansowany nowotwór złośliwy, chirurgiczne operacje na naczyniach wieńcowych oraz transplantację głównych narządów – wariant podstawowy;
 - 18) Ciężkie Zachorowanie Dziecka obejmujące wszystkie zachorowania wymienione w § 2 pkt 5) a także Udar Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym i Zawał Serca z Uniesieniem Odcinka ST – wariant rozszerzony;
 - 19) Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Dziecka;
 - 20) zgon Partnera;
 - 21) zgon Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – zgon Partnera, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 22) Inwalidztwo Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Inwalidztwo Partnera, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 23) Ciężkie Zachorowanie Partnera obejmujące wyłącznie zaawansowaną niewydolność nerek, zaawansowany nowotwór złośliwy, chirurgiczne operacje na naczyniach wieńcowych oraz transplantację głównych narządów – wariant podstawowy;
 - 24) Ciężkie Zachorowanie Partnera obejmujące wszystkie zachorowania wymienione w § 2 pkt 5) a także Udar Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym i Zawał Serca z Uniesieniem Odcinka ST – wariant rozszerzony;
 - 25) Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Partnera;
 - 26) zgon Rodzica lub Teścia.
3. Ubezpieczenie ma charakter ochronny, a w przypadku wybrania opcji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego: ochronno-inwestycyjny.
 4. Celem ubezpieczenia jest finansowe zabezpieczenie Ubezpieczonego lub wskazanych przez Ubezpieczonego osób (Uposażonych) w razie wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, a w przypadku wybrania opcji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego także gromadzenie przez Ubezpieczonego środków finansowych.
 5. Rekomendowany minimalny okres trwania ubezpieczenia z opcją ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w odniesieniu do Ubezpieczonego to okres równy Okresowi Odpowiedzialności. Rekomendowany minimalny okres trwania Ubezpieczenia wynika z charakteru ochronno-inwestycyjnego ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 4 OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4.

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, Okres Odpowiedzialności rozpoczyna się:
 - 1) w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia – w stosunku do Pracowników, którzy złożyli u Ubezpieczającego do tego dnia prawidłowo wypełnione i podpisane Deklaracje Zgody;
 - 2) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym zostały złożone u Ubezpieczającego prawidłowo wypełnione i podpisane Deklaracje Zgody – w stosunku do pozostałych Pracowników.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, w trakcie Okresu Odpowiedzialności stosuje się:
 - 1) 3 miesięczny Okres Karencji z tytułu następstw Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym Ubezpieczonego;
 - 2) 3 miesięczny Okres Karencji z tytułu wystąpienia Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego, Ciężkiego Zachorowania Partnera oraz Ciężkiego Zachorowania Dziecka, które spowodowane były inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 3) 6 miesięczny Okres Karencji z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Partnera oraz Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka, które spowodowane było inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 4) 6 miesięczny Okres Karencji z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego.
3. W stosunku do osób, które były Pracownikami w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia i złożyły Deklaracje Zgody po upływie 3 miesięcy od tego dnia oraz w stosunku do osób, które zostały Pracownikami po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia i złożyły Deklaracje Zgody po upływie 3 miesięcy od daty, w której zostały Pracownikami, stosuje się:
 - 1) 10 miesięczny Okres Karencji z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, a także
 - 2) 6 miesięczny Okres Karencji z tytułu pozostałych zdarzeń objętych Zakresem Ubezpieczenia, które spowodowane były inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek.
4. W stosunku do osób, które w dniu złożenia Deklaracji Zgody były ubezpieczone w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo kontynuowały takie ubezpieczenie u dowolnego

- ubezpiezyciela, Okresów Karencji, o których mowa w ust. 2 i 3 nie stosuje się w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych przewidzianych odpowiedzialnością z tytułu wyżej wymienionej umowy.
5. Okres Odpowiedzialności w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych nie rozpoczyna się w terminach określonych w ust. 1, jeżeli nie nastąpi Opłacenie Składki Ubezpieczeniowej zgodnie z postanowieniami § 19 ust. 1. Jeżeli Opłacenie pierwszej należnej Składki Ubezpieczeniowej nastąpi w terminie do pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu, określonym w ust. 1, jako początek Okresu Odpowiedzialności, Okres Odpowiedzialności rozpoczyna się następnego dnia po Opłaceniu należnej Składki Ubezpieczeniowej. Jeżeli nie nastąpi Opłacenie pierwszej należnej Składki Ubezpieczeniowej w okresie, o którym mowa w zdaniu drugim, Okres Odpowiedzialności nie rozpoczyna się.
 6. Okres Odpowiedzialności kończy się w dniu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego albo w dniu orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, o ile zdarzenie to objęte jest Zakresem Ubezpieczenia;
 - 2) końca miesiąca, w którym Ubezpieczony przestał być Pracownikiem;
 - 3) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia na mocy postanowień § 17 ust. 7;
 - 4) doręczenia do PKO Ubezpieczenia oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, na mocy postanowienia § 17 ust. 1
 - 5) wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia na mocy postanowień § 17 ust. 5 i 6, z zastrzeżeniem, że w przypadku, gdy wystąpienie z Umowy Ubezpieczenia następuje w trybie zaprzestania Opłacania Składki Ubezpieczeniowej, ochrona ubezpieczeniowa kończy się z upływem okresu wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej;
 7. Odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia z tytułu wystąpienia Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego, Ciężkiego Zachorowania Partnera, Ciężkiego Zachorowania Dziecka, z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Partnera oraz Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka kończy się z upływem okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia, za jaki została opłacona Składka Ubezpieczeniowa.
 8. Odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia z tytułu wystąpienia Ciężkiego Zachorowania Dziecka oraz Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka kończy się w stosunku do danego Dziecka z upływem okresu ubezpieczenia, w którym Dziecko kończy 26 rok życia, za jaki została opłacona Składka Ubezpieczeniowa.

ROZDZIAŁ 5 WYŁĄCZENIE I OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI PKO UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeśli nastąpił on w związku lub jest następstwem:
 - 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 sześciu miesięcy od przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia.
2. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz zgonu Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym, jeśli nastąpił on w związku lub jest następstwem:
 - 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 sześciu miesięcy od przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 5) Pozostawania pod wpływem Alkoholu przez Ubezpieczonego, zażycia środków odurzających (w tym leków) lub środków psychotropowych, narkotyków, wyłączając przypadki, gdy Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej;

- 6) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał ważnych uprawnień wymaganych przez prawo o ruchu drogowym albo jeżeli Ubezpieczony kierował tym pojazdem Pozostając pod wpływem Alkoholu, pozostając pod wpływem środków odurzających (w tym leków), środków psychotropowych lub narkotyków;
 - 7) wypadku drogowego spowodowanego przez Ubezpieczonego, który był osobą pieszą Pozostającą pod wpływem Alkoholu, pozostając pod wpływem środków odurzających (w tym leków), środków psychotropowych lub narkotyków;
 - 8) leczenia lub innych zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonymi poza kontrolą osób uprawnionych np. terapia zachorska;
 - 9) 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 sprintsów wodnych, nurkowania (z wyłączeniem Amatorskiego nurkowania), 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;
 - 10) wypadku lotniczego, za wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu Licencjonowanych linii lotniczych.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, spowodowanego przyczyną wymienioną w ust. 1, PKO Ubezpieczenia wypłaca osobie uprawnionej zgodnie z § 32 Indywidualny Stan Funduszu.

§ 6.

1. Postanowienia § 5 ust. 1 stosuje się odpowiednio z tytułu zgonu Partnera, zgonu Dziecka oraz zgonu Rodzica lub Teściu.
2. Postanowienia § 5 ust. 2 stosuje się odpowiednio z tytułu zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz zgonu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 7.

1. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która powstała w rezultacie lub w związku z okolicznościami wymienionymi w § 5 ust. 2.
2. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli Trwała Utrata Zdrowia powstała w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem lub zabiegami medycznymi, bez względu na to, przez kogo zabiegi były wykonywane.
3. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli Trwała Utrata Zdrowia wynika z jakichkolwiek chorób i stanów chorobowych, w tym takich, które wystąpiły nagle np. Zawał Serca, wylewy, Udar Mózgu, choroby zakaźne, zaziębienia, zapalenia płuc, krwawienia narządów wewnętrznych, wypadnięcia jądra miazdzystego.
4. Postanowienia ust. 1 – 3 stosuje się odpowiednio z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym, wyłączając następstwa Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym w ust. 3. Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Inwalidztwa Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Inwalidztwa Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 8.

1. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, która powstała w rezultacie lub w związku z okolicznościami wymienionymi w § 5 ust. 2.
2. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w okresie 12 miesięcy od początku Okresu Odpowiedzialności będącej skutkiem:
 - 1) Chorób Istniejących przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności;
 - 2) uszkodzenia ciała, które powstało w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności.

§ 9.

1. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego, które powstało w rezultacie lub w związku z okolicznościami wymienionymi w § 5 ust. 2.
2. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego w przypadku stwierdzenia u Ubezpieczonego następujących wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych:
 - 1) guzów opisywanych jako raki in situ, w tym dysplazja szyjki CIN - 1, CIN - 2, CIN - 3 lub histologicznie opisywanych jako zmiany przedinwazyjne;
 - 2) czerniaków złośliwych o maksymalnej grubości poniżej 1,5 mm określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowanych poniżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
 - 3) nowotworów podstawnokomórkowych skóry oraz zmian opisywanych jako hiperkeratozy;
 - 4) nowotworów płaskonabłonkowych skóry o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów;
 - 5) mięsaków Kaposi'ego i innych guzów związanych z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
 - 6) nowotworów prostaty histologicznie opisywanych jako T1 w Klasyfikacji TNM łącznie z T1(a) lub T1(b) lub równoważnych według innej klasyfikacji.
3. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego, którego przyczyną zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności, za wyjątkiem tych zachorowań zawartych w katalogu Ciężkich Zachorowań, których przyczyną zostały zdiagnozowane lub leczone w okresie odpowiedzialności poprzedniego ubezpieczyciela i Ubezpieczony posiadał z tego tytułu ochronę ubezpieczeniową w chwili przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia.
4. Postanowienia ust. 1, 2 i 3 stosuje się odpowiednio z tytułu Ciężkiego Zachorowania Partnera i Ciężkiego Zachorowania Dziecka.

§ 10.

1. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, które powstało w rezultacie lub w związku z okolicznościami wymienionymi w § 5 ust. 2.
2. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, jeżeli leczenie to wystąpiło podczas pełnienia służby wojskowej.
3. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Ubezpieczonego związane było z wykonaniem rutynowego badania lekarskiego lub badań kontrolnych, diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, gdy nie istnieją obiektywne wskazania do wykonania tych badań w ramach hospitalizacji.
4. Postanowienia ust. 1, 2 i 3 stosuje się odpowiednio z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Partnera oraz Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka.

§ 11.

Jeżeli zdarzenie zaszło w ciągu trzech lat od przystąpienia Ubezpieczonego do Umowy Ubezpieczenia, PKO Ubezpieczenia jest wolne od odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony, Ubezpieczający, przedstawiciel Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego zataił lub podał niezgodne z prawdą okoliczności albo informacje, o które PKO Ubezpieczenia pytało we wszelkich pismach przed przystąpieniem tego Ubezpieczonego do Umowy Ubezpieczenia, chyba, że zatajone lub niezgodne z prawdą okoliczności lub informacje nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 6 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12.

1. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas określony lub nieokreślony.
2. Do Umowy Ubezpieczenia nie może przystąpić Pracownik, którego Wiek Wstępu przekracza 65 lat, chyba, że przez okres co najmniej 5 lat bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia Pracownik ten był ubezpieczony w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo kontynuował takie ubezpieczenie u dowolnego ubezpieczyciela.
3. Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na czas ustalony w Umowie Generalnej.

§ 13.

1. W celu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający składa wniosek o jej zawarcie na formularzu PKO Ubezpieczenia. Wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający składa Wykaz Pracowników oraz prawidłowo wypełnione Deklaracje Zgody podpisane przez tych Pracowników.
2. PKO Ubezpieczenia ma prawo:
 - 1) zażądać uzupełnienia dokumentacji dot. wniosku o wypełnienie ankiety medycznej lub przeprowadzenie przez Lekarza Zaufania badań medycznych Ubezpieczonego, rozumianych jako badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych;
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy Ubezpieczenia na warunkach innych niż wskazane we wniosku Ubezpieczającego;
 - 3) odmówić zawarcia Umowy Ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający nie spełni warunków PKO Ubezpieczenia określonych w OWU lub innych dokumentach dostarczonych mu przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
3. Złożenie wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia nie jest równoznaczne z zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

§ 14.

1. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem określonym w Umowie Generalnej.
2. Umowa Generalna stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 7 PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 15.

1. W celu przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia Pracownik składa Ubezpieczającemu Deklarację Zgody na formularzu PKO Ubezpieczenia. Ubezpieczający przekazuje Deklarację Zgody do PKO Ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 13 ust. 1 albo postanowieniami § 16 ust. 1.
2. Potwierdzeniem przystąpienia Pracownika do Umowy Ubezpieczenia i objęcia go ochroną ubezpieczeniową jest Certyfikat, który PKO Ubezpieczenia przekazuje Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu. W przypadku doręczenia przez PKO Ubezpieczenia Certyfikatu do Ubezpieczającego, Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie przekazać Certyfikat każdemu Ubezpieczonemu.
3. PKO Ubezpieczenia wymienia w Certyfikacie konta bankowe odpowiadające poszczególnym Ubezpieczeniowym Funduszom Kapitałowym, na które może być opłacana przez Ubezpieczonego Składka Dodatkowa.
4. Deklaracja Zgody i Certyfikat stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia.

§ 16.

1. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazywać do PKO Ubezpieczenia wraz z rozliczeniem składek, o którym mowa w § 21 ust. 1, Deklaracje Zgody Pracowników, którzy przystępują do Umowy Ubezpieczenia, pod rygorem nierozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności w stosunku do Pracownika, którego Deklaracja Zgody nie wpłynęła do PKO Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie doręczać do PKO Ubezpieczenia oświadczenia Ubezpieczonego zawierające zmiany danych zawartych w Deklaracji Zgody oraz oświadczenia o wycofaniu Deklaracji Zgody.
3. Skutki braku doręczenia dokumentów, określonych w ust. 1 i 2 obciążają Ubezpieczającego, w związku z czym, dokumenty te wywierają skutek, pod warunkiem ich otrzymania przez PKO Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 8 ODSTĄPIENIE, WYSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WZNOWIENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 17.

1. Ubezpieczający ma prawo pisemnego odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni, od dnia, w którym zawarto Umowę Ubezpieczenia.
2. W terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odstąpieniu, PKO Ubezpieczenia zwraca Ubezpieczającemu Opłacone Składki, pomniejszone o część Składki za okres, w którym PKO Ubezpieczenia udzieliło ochrony ubezpieczeniowej oraz – w przypadku Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – powiększone lub pomniejszone o kwotę wynikającą ze zmiany wartości Jednostek

Funduszu pomiędzy dniem zainwestowania Opłaconych Składek oraz dniem umorzenia Jednostek Funduszu w celu zwrotu Składek.

3. Dodatkowo, w przypadku Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym 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 § 25 ust. 8. ze skutkiem, o którym mowa w ust 7 pkt 1).
4. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem, o którym mowa w ust 7 pkt 2).
5. Ubezpieczony ma prawo wystąpić z Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie, Za datę wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia przyjmuje się dzień otrzymania oświadczenia o wystąpieniu Ubezpieczonego.
6. Za wystąpienie Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia uważa się również bezskuteczny upływ Okresu Opóźnienia w płatności Składki Ubezpieczeniowej należnej za tego Ubezpieczonego, mimo wezwania Ubezpieczającego do zapłaty, o którym mowa w § 19 ust 4. Za datę wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia przyjmuje się ostatni dzień Miesiąca Polisowego, za który nastąpiło opłacenie Składki Ubezpieczeniowej
7. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu
 - 1) jeżeli Ubezpieczający złożył oświadczenie, o którym mowa w ust. 3 – w dniu otrzymania przez PKO Ubezpieczenia oświadczenia o odstąpieniu Ubezpieczającego;
 - 2) jeżeli Ubezpieczający wypowiedział Umowę Ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym wypowiedzenie zostało doręczone PKO Ubezpieczenia;
 - 3) jeżeli Ubezpieczający nie opłacił Składki Ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych – z upływem dodatkowego terminu na opłacenie Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczonego przez PKO Ubezpieczenia w wezwaniu, o którym mowa w § 19 ust. 4;
 - 4) w dniu, w którym upłynął okres na jaki zawarto Umowę Ubezpieczenia.
8. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia lub wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia, PKO Ubezpieczenia zwróci część Składki Ubezpieczeniowej w wysokości ustalonej proporcjonalnie do okresu, w którym nie będzie udzielana ochrona ubezpieczeniowa. Zwrot odpowiedniej części Składki Ubezpieczeniowej nastąpi w terminie 30 dni od rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
9. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym lub w przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymuje Wartość Wykupu Całkowitego, z zastrzeżeniem, iż w przypadku wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia, PKO Ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu opłacone za danego Ubezpieczonego Składki Ubezpieczeniowe powiększone lub pomniejszone o kwotę wynikającą ze zmiany wartości Jednostek Funduszu pomiędzy dniem zainwestowania opłaconych Składek Ubezpieczeniowych oraz dniem umorzenia Jednostek Funduszu w celu zwrotu Składek Ubezpieczeniowych.
10. Ubezpieczający ma prawo wnioskować o wznowienie rozwiązanej w trybie postanowień ust. 7 Umowy Ubezpieczenia, w terminie 3 miesięcy od końca okresu, za który nastąpiło Opłacenie ostatniej Składki Ubezpieczeniowej. Za zgodą PKO Ubezpieczenia wznowienie Umowy Ubezpieczenia następuje poprzez wznowienie Opłacania Składek Ubezpieczeniowych. Umowa Ubezpieczenia ulega wznowieniu z Dniem Wznowienia. Do wznowionej Umowy Ubezpieczenia stosuje się odpowiednio postanowienia § 12 ust. 2 oraz postanowienia § 4 ust. 3, z zastrzeżeniem że Okres Karencji liczony jest od Dnia Wznowienia.
11. W okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia a jej wznowieniem zgodnie z postanowieniem ust. 10, wyłączona jest całkowicie odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia.
12. Wznowienie Umowy Ubezpieczenia może nastąpić tylko raz w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 9 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA I SKŁADKA DODATKOWA

§ 18.

1. Wysokość Składki Ubezpieczeniowej ustalają Strony na okres pierwszego Roku Polisowego w Umowie Generalnej. Ustalona wysokość Składki Ubezpieczeniowej pozostaje niezmienną w następnych Latach Polisowych, o ile nie nastąpi jej Indeksacja lub rekalkulacja Składki Ochronnej, o których mowa odpowiednio w § 24 i § 19 ust. 6. Zmiana wysokości Składki Ubezpieczeniowej jest również możliwa wraz ze zmianą wynagrodzenia Ubezpieczonego zgodnie z ustaleniami dokonanymi w Umowie Generalnej.

2. Wysokość Składki Ubezpieczeniowej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie może być niższa niż minimalna składka ubezpieczeniowa ustalona przez PKO Ubezpieczenia.
3. Składka Ubezpieczeniowa ustalana jest jako składka ratalna, należna za jednego Ubezpieczonego, opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
4. Wysokość Składki Ochronnej zależy od Zakresu Ubezpieczenia, wysokości Sumy Ubezpieczenia, struktury zawodowej, wiekowej i płci Ubezpieczonych oraz innych czynników ryzyka ponoszonego przez PKO Ubezpieczenia.
5. Wysokość Składki Ochronnej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie może być niższa niż minimalna składka ochronna ustalona przez PKO Ubezpieczenia.
6. Wysokość Składki Ochronnej jest jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych objętych daną Umową Ubezpieczenia lub jest jednakowym ułamkiem miesięcznych wynagrodzeń poszczególnych Ubezpieczonych.
7. Składka Ochronna może być finansowana przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo łącznie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego według proporcji określonej w Umowie Generalnej.
8. Składka Ochronna jest składką obowiązkową, należną z tytułu ochrony każdego Ubezpieczonego.
9. Wysokość Składki Oszczędnościowej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie może być niższa niż minimalna składka oszczędnościowa ustalona przez PKO Ubezpieczenia.
10. Składka Oszczędnościowa może być finansowana przez Ubezpieczającego albo przez Ubezpieczonego.
11. Składka Oszczędnościowa za danego Ubezpieczonego ustalana jest jako składka jednorazowa albo składka ratalna, opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
12. Składka Oszczędnościowa może być opłacana na rzecz wybranych Ubezpieczonych.
13. Opłacenie pierwszej Składki Oszczędnościowej powoduje utworzenie dla Ubezpieczonego Indywidualnego Rachunku Kapitałowego. PKO Ubezpieczenia nie prowadzi Indywidualnego Rachunku Kapitałowego dla Ubezpieczonego, na rzecz którego nie nastąpiło Opłacenie żadnej Składki Oszczędnościowej.

§ 19.

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki Ubezpieczeniowej w wysokości, z częstotliwością i w terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia.
2. Za Opłacenie Składki Ubezpieczeniowej odpowiada wyłącznie Ubezpieczający, niezależnie od tego, kto ją finansuje. Ubezpieczający ponosi skutki nieopłacenia Składki Ubezpieczeniowej w terminie i wysokości ustalonej w Umowie Ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składki Ubezpieczeniowej w terminie, PKO Ubezpieczenia może wyrazić zgodę na jej opłacenie przez Ubezpieczonego pod warunkiem, że Opłacenie Składki Ubezpieczeniowej nastąpi w Okresie Opóźnienia.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci Składki Ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych, PKO Ubezpieczenia wezwie Ubezpieczającego, po 30. dniu Okresu Opóźnienia, do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie 30 dni pod rygorem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w terminie wyznaczonym w wezwaniu.
5. Obowiązek Opłacania Składki Ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczonego ustaje z dniem śmierci Ubezpieczonego albo w dniu orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, o ile zdarzenie to objęte jest Zakresem Ubezpieczenia.
6. Biorąc pod uwagę zmianę wskaźników, o których mowa w § 18 ust. 4 oraz historię zdarzeń ubezpieczeniowych w trakcie Roku Polisowego, PKO Ubezpieczenia ma prawo dokonać rekalkulacji, czyli zmiany wysokości, Składki Ochronnej w każdą Rocznicę Polisy.
7. Biorąc pod uwagę zmianę wskaźników, o których mowa w § 18 ust. 4 oraz historię zdarzeń ubezpieczeniowych w trakcie Roku Polisowego, PKO Ubezpieczenia ma prawo dokonać zmiany wysokości Sumy Ubezpieczenia i Świadczeń nie zmieniając wysokości Składki Ochronnej w każdą Rocznicę Polisy.

§ 20.

1. Jeżeli PKO Ubezpieczenia prowadzi Indywidualny Rachunek Kapitałowy dla danego Ubezpieczonego, Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo opłacać Składkę Dodatkową.
2. Składka Dodatkowa może być opłacana w każdym momencie Okresu Odpowiedzialności, w wysokości nie niższej niż minimalna składka dodatkowa ustalona przez PKO Ubezpieczenia.
3. Opłacenie Składki Dodatkowej nie zmienia ustalonej w Umowie Ubezpieczenia wysokości Sumy Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 10 ROZLICZENIE SKŁADEK

§ 21.

1. Ubezpieczający zobowiązany jest przesyłać do PKO Ubezpieczenia, w terminach ustalonych w Umowie Generalnej i w formie ustalonej przez PKO Ubezpieczenia rozliczenie składek za ustalony okres rozliczeniowy.
2. Rozliczenie składek powinno zawierać ustalone przez PKO Ubezpieczenia dane, a w szczególności informacje dotyczące:
 - 1) Pracowników, którzy złożyli Deklaracje Zgody w danym okresie rozliczeniowym,
 - 2) Ubezpieczonych, którzy wystąpili z Umowy Ubezpieczenia w danym okresie rozliczeniowym,
 - 3) wysokości należnych i Opłaconych za każdego Ubezpieczonego Składek Ubezpieczeniowych, z podziałem na Składkę Ochronną i Składkę Oszczędnościową oraz Składek Dodatkowych Opłaconych przez Ubezpieczającego.

ROZDZIAŁ 11 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK

§ 22.

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć w PKO Ubezpieczenia wniosek o zawieszenie Opłacania Składki Ubezpieczeniowej, dla wybranych lub wszystkich Ubezpieczonych, które po raz pierwszy może rozpocząć się nie wcześniej niż w drugim Roku Polisowym, pod warunkiem Opłacenia wszystkich należnych Składek Ubezpieczeniowych za pierwszy Rok Polisowy. Zawieszenie Opłacania Składki Ubezpieczeniowej może zostać dokonane wyłącznie w trakcie pełnych okresów zgodnych z ustaloną w Umowie Ubezpieczenia częstotliwością opłacania Składki Ubezpieczeniowej.
2. Po wyrażeniu zgody przez PKO Ubezpieczenia, opłata Składki Ubezpieczeniowej może zostać zawieszona na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy, licząc od pierwszego dnia następującego po okresie, za który została Opłacona ostatnia Składka Ubezpieczeniowa.
3. W okresie zawieszenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia ulega ograniczeniu wyłącznie do wypłaty Indywidualnego Stanu Funduszu w przypadku zgonu Ubezpieczonego albo w przypadku stwierdzenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, o ile zdarzenie to objęte jest Zakresem Ubezpieczenia.
4. PKO Ubezpieczenia, pomimo zawieszenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej, prowadzi Indywidualne Rachunki Kapitałowe istniejące przed rozpoczęciem okresu zawieszenia.
5. W okresie zawieszenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej Ubezpieczający lub Ubezpieczony mają prawo Opłacać Składki Dodatkowe, pod warunkiem, że PKO Ubezpieczenia prowadzi dla danego Ubezpieczonego Indywidualny Rachunek Kapitałowy.
6. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o wcześniejsze zakończenie okresu zawieszenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej, pod warunkiem, że zakończy się on ostatniego dnia terminu, za który powinna zostać Opłacona Składka Ubezpieczeniowa zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia.
7. PKO Ubezpieczenia ma prawo wyrazić zgodę na zakończenie okresu zawieszenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej pod warunkiem zastosowania 6 miesięcznego Okresu Karencji, z tytułu zdarzeń, które spowodowane były inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek, liczonego od dnia Opłacenia pierwszej należnej Składki Ubezpieczeniowej po zakończeniu okresu zawieszenia.
8. Ponowne zawieszenie Opłacania Składki Ubezpieczeniowej może nastąpić po upływie 5 lat, licząc od pierwszego dnia następującego po zakończeniu poprzedniego okresu zawieszenia Opłacania Składki Ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ 12 SUMA UBEZPIECZENIA

§ 23.

1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia ustalają Strony na okres pierwszego Roku Polisowego w Umowie Generalnej. Ustalona wysokość Sumy Ubezpieczenia pozostanie niezmienną w następnych Latach Polisowych o ile nie nastąpi Indeksacja, o której mowa w § 24 lub zmiana, o której mowa w § 19 ust. 7. Zmiana wysokości Sumy Ubezpieczenia jest również możliwa wraz ze zmianą wynagrodzenia, zgodnie z ustaleniami dokonanymi w Umowie Generalnej.
2. Wysokość Sumy Ubezpieczenia w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia ustalona przez PKO Ubezpieczenia.
3. Wysokość Sumy Ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich Ubezpieczonych objętych daną Umową Ubezpieczenia lub jest

jednakową wielokrotnością miesięcznych wynagrodzeń poszczególnych Ubezpieczonych ustaloną w Umowie Generalnej.

ROZDZIAŁ 13 INDEKSACJA

§ 24.

1. W Rocznicę Polisy Składka Ubezpieczeniowa i Suma Ubezpieczenia mogą podlegać Indeksacji. W wyniku Indeksacji Składka Ubezpieczeniowa od tej Roczniczy Polisy zostaje powiększona o kwotę równą iloczynowi Składki Ubezpieczeniowej i wskaźnika Indeksacji. W wyniku Indeksacji Suma Ubezpieczenia od tej Roczniczy Polisy zostaje powiększona o kwotę równą iloczynowi Sumy Ubezpieczenia i wskaźnika Indeksacji.
2. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, Indeksacja Sumy Ubezpieczenia występuje zawsze łącznie z Indeksacją Składki Ubezpieczeniowej i zawsze według tego samego wskaźnika Indeksacji.
3. PKO Ubezpieczenia dokonuje Indeksacji Sumy Ubezpieczenia i Składki Ubezpieczeniowej na pisemny wniosek Ubezpieczającego, pod warunkiem wpłynięcia wniosku do PKO Ubezpieczenia najpóźniej 30 dni przed Rocznicą Polisy.
4. Indeksacja Sumy Ubezpieczenia i Składki Ubezpieczeniowej odbywa się według zaproponowanego przez Ubezpieczającego i zaakceptowanego przez PKO Ubezpieczenia wskaźnika.

ROZDZIAŁ 14 UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

§ 25.

1. Ubezpieczający, we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa w § 13 ust. 1, zobowiązany jest wskazać jeden lub kilka Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, na których, zgodnie z Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, lokowane będą Składki Alokowane pochodzące z finansowanych przez Ubezpieczającego Składek Oszczędnościowych i Opłaconych przez Ubezpieczającego Składek Dodatkowych.
2. Ubezpieczający, wskazując kilka Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zobowiązany jest określić procentowy podział Składki Alokowanej na części lokowane we wskazane Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, z zastrzeżeniem, że udział każdego wskazanego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego w podziale Składki Alokowanej podawany jest z dokładnością do 1% i nie może być mniejszy niż 10%. Jeżeli Ubezpieczający nie określi procentowego podziału Składki Alokowanej uznaje się, że podział został dokonany na równe części.
3. Jeżeli wszystkie procentowe udziały, o których mowa w ust. 2, nie sumują się do 100%, podział Składki Alokowanej nie zostanie dokonany, przy czym PKO Ubezpieczenia niezwłocznie będzie dążyć do wyjaśnienia rzeczywistej woli Ubezpieczającego dotyczącej podziału Składki Alokowanej.
4. PKO Ubezpieczenia lokuje środki pochodzące ze Składki Alokowanej zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2 wyłącznie w przypadku, gdy Ubezpieczony nie dokonał wskazania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych zgodnie z postanowieniami ust. 5 i 6.
5. Ubezpieczony, wskazując kilka Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, na których, zgodnie z Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, lokowane będą Składki Alokowane pochodzące z finansowanych przez Ubezpieczonego Składek Oszczędnościowych i Opłaconych przez Ubezpieczonego Składek Dodatkowych.
6. Ubezpieczony, wskazując kilka Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zobowiązany jest określić procentowy podział Składki Alokowanej na części lokowane we wskazane Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, z zastrzeżeniem, że udział każdego wskazanego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego w podziale Składki Alokowanej podawany jest z dokładnością do 1% i nie może być mniejszy niż 10%. Jeżeli Ubezpieczony nie określi procentowego podziału Składki Alokowanej, uznaje się, że podział został dokonany na równe części.
7. Jeżeli wszystkie procentowe udziały, o których mowa w ust. 6, nie sumują się do 100%, podział Składki Alokowanej nie zostanie dokonany, przy czym PKO Ubezpieczenia niezwłocznie będzie dążyć do wyjaśnienia rzeczywistej woli Ubezpieczonego dotyczącej podziału Składki Alokowanej.
8. PKO Ubezpieczenia raz w każdym Roku Polisowym przekazuje Ubezpieczającemu informację o Indywidualnym Stanie Funduszu każdego Ubezpieczonego oraz wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu ubezpieczenia, w tym Wartości Wykupu Całkowitego. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu taką informację niezwłocznie po jej otrzymaniu od PKO Ubezpieczenia.

9. PKO Ubezpieczenia przekazuje Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informację o stanie Indywidualnego Stanu Funduszu, w innym terminie niż wymieniony w ust. 8, na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, po pobraniu z Indywidualnego Rachunku Kapitałowego opłaty ustalonej przez PKO Ubezpieczenia i określonej w Umowie Generalnej.

§ 26.

1. W dowolnym momencie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający oraz Ubezpieczony mają prawo do zmiany procentowego podziału Składki Alokowanej na poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe. Postanowienia § 25 ust. 2, 3, 6 i 7 stosuje się odpowiednio.
2. Zmiany, o których mowa w ust. 1, wnioskowane przez Ubezpieczającego, PKO Ubezpieczenia realizuje wyłącznie w przypadku, gdy o podziale Składki Alokowanej na poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe nie decyduje Ubezpieczony.
3. PKO Ubezpieczenia, na wniosek Ubezpieczającego albo Ubezpieczonego, dokonuje zmian, o których mowa w ust. 1, pierwszego dnia okresu rozliczeniowego następującego po okresie rozliczeniowym, w którym wpłynął wniosek do PKO Ubezpieczenia.
4. Pierwsza zmiana, o której mowa w ust. 1, dokonana w danym Roku Polisowym jest wolna od opłaty. Każda następną zmianą jest związana z pobraniem, z odpowiedniego Rachunku, opłaty ustalonej przez PKO Ubezpieczenia i określonej w Umowie Generalnej.

§ 27.

1. W dowolnym momencie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczony ma prawo do dokonania Transferu.
2. Ubezpieczony, wnosząc o dokonanie Transferu, zobowiązany jest wskazać Rachunek, na którym ma zostać dokonany Transfer, a także:
 - 1) określić kwotę lub procent środków Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, które mają zostać przeniesione,
 - 2) wskazać Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy, z którego mają być środki przeniesione,
 - 3) wskazać jeden lub kilka docelowych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, do których mają być środki przeniesione,
 - 4) określić procentowy podział przenoszonych środków na części lokowane we wskazane Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, z zastrzeżeniem, że udział każdego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego w podziale transferowanych środków podawany jest z dokładnością do 1% i nie może być mniejszy niż 10%.
3. Transfer polega na:
 - 1) umorzeniu Jednostek Funduszu, których łączna wartość pokrywa kwotę lub procent środków o których mowa w ust. 2 pkt 1), Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, z którego ma nastąpić przeniesienie środków,
 - 2) nabyciu Jednostek Funduszu jednego lub kilku wskazanych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, w ilości pozwalającej na otrzymanie proporcji, o których mowa w ust. 2 pkt 4).
4. Pierwszy Transfer w ramach Rachunku dokonany w danym Roku Polisowym jest wolny od opłaty. Każdy następny Transfer jest związany z pobraniem, z Rachunku, opłaty ustalonej przez PKO Ubezpieczenia i określonej w Umowie Generalnej.
5. Transfer nie zostanie dokonany, jeżeli Ubezpieczony nie określi procentowego podziału środków lub wszystkie procentowe udziały Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych nie sumują się do 100%.
6. PKO Ubezpieczenia informuje Ubezpieczonego, jeżeli Transfer nie zostanie dokonany z powodów, o których mowa w ust. 5, przy czym PKO Ubezpieczenia niezwłocznie będzie dążyć do wyjaśnienia rzeczywistej woli Ubezpieczającego dotyczącej Transferu.

ROZDZIAŁ 15 WYKUP CZĘŚCIOWY I WYKUP CAŁKOWITY

§ 28.

1. Po upływie 30 dni od rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup częściowy. Wykup częściowy dokonywany jest z części Indywidualnego Stanu Funduszu pochodzącej z Rachunku 3.
2. Ubezpieczony we wniosku o wykup częściowy zobowiązany jest określić Wartość Wykupu Częściowego oraz procentowy podział Wartości Wykupu Częściowego na poszczególne Subkonta. Jeżeli Ubezpieczony nie określi procentowego podziału Wartości Wykupu Częściowego na poszczególne Subkonta uważa się, że podział jest proporcjonalny do udziału wartości Jednostek Funduszu każdego Subkonta w części Indywidualnego Stanu Funduszu pochodzącej

- z Rachunku 3. PKO Ubezpieczenia nie dokona wykupu częściowego, jeżeli Ubezpieczający nie wskaże Rachunku, z którego wykup częściowy ma zostać dokonany lub udziały wymienionych Subkont nie sumują się do 100%, przy czym PKO Ubezpieczenia niezwłocznie będzie dążyć do wyjaśnienia rzeczywistej woli Ubezpieczonego dotyczącej wykupu częściowego.
- Wykup częściowy polega na umorzeniu Jednostek Funduszu, których łączna wartość jest równa Wartości Wykupu Częściowego, z jednego lub kilku Subkont, zgodnie z postanowieniem ust. 2.
 - Dokonanie wykupu częściowego przez PKO Ubezpieczenia nie ogranicza późniejszych wpłat na Rachunek 3.
 - Po upływie 30 dni od rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup całkowity Indywidualnego Stanu Funduszu. Realizując wykup całkowity PKO Ubezpieczenia wypłaca Ubezpieczonemu Wartość Wykupu Całkowitego. W przypadku złożenia wniosku o wykup całkowity, w terminie przed upływem 30 dni od rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności przyjmuje się, że Ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu z Umowy Ubezpieczenia zgodnie z treścią § 17 ust. 1.
 - Wykup całkowity powoduje zamknięcie przez PKO Ubezpieczenia Indywidualnego Rachunku Kapitałowego i brak możliwości ponownego prowadzenia Indywidualnego Rachunku Kapitałowego dla danego Ubezpieczonego.
 - Do ustalenia Wartości Wykupu Częściowego lub Wartości Wykupu Całkowitego uwzględnia się wartość Jednostki Funduszu z dnia jej umorzenia, przy czym Jednostki Funduszu umarza się po cenie z dnia roboczego wskazanego w Umowie Generalnej, liczonego od dnia złożenia wniosku o wykup częściowy lub wniosku o wykup całkowity, z zastrzeżeniem ust. 8 poniżej.
 - W przypadku, gdy Ubezpieczający uprzednio złożył zlecenie innej transakcji na Indywidualnym Rachunku Kapitałowym, która jest w trakcie realizacji albo oczekuje na realizację w dniu złożenia wniosku o wykup częściowy lub wniosku o wykup całkowity, Jednostki Funduszu umarza się zgodnie z zapisami ust. 7 powyżej, przy czym dzień roboczy, z którego cena uwzględniona jest do umorzenia Jednostek Funduszu liczony jest od dnia zakończenia realizacji ostatniej transakcji.
 - PKO Ubezpieczenia zobowiązuje się wypłacić Ubezpieczonemu środki pieniężne pochodzące z wykupu częściowego lub wykupu całkowitego w terminie 20 dni od daty otrzymania przez PKO Ubezpieczenia wniosku o wykup częściowy lub wniosku o wykup całkowity, z zastrzeżeniem, że w przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia zgodnie z § 17 ust. 7 pkt. 2), termin 20 dni liczony jest od daty rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 16 OPŁATY

§ 29.

- Składka Ochronna w całości przeznaczona jest na pokrycie opłat, które pokrywają koszty ochrony ubezpieczeniowej i koszty działalności ubezpieczeniowej PKO Ubezpieczenia.
- Z każdej opłaconej Składki Oszczędnościowej oraz Składki Dodatkowej PKO Ubezpieczenia pobiera opłatę na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej PKO Ubezpieczenia.
- Wysokość opłaty na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej PKO Ubezpieczenia określa w Umowie Generalnej w procentach opłaconej Składki Oszczędnościowej oraz Składki Dodatkowej.

§ 30.

- W trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia PKO Ubezpieczenia potrąca miesięcznie z góry z Indywidualnego Rachunku Kapitałowego opłatę administracyjną z tytułu prowadzenia Indywidualnego Rachunku Kapitałowego.
- Opłata administracyjna jest określana przez PKO Ubezpieczenia kwotowo i określona w Umowie Generalnej.
- W trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia PKO Ubezpieczenia potrąca z Indywidualnego Rachunku Kapitałowego, na koniec każdego miesiąca lub na dzień umorzenia Jednostek Funduszu, opłatę za zarządzanie Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi. Opłata ta zawiera koszty prowadzenia Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego ponoszone przez PKO Ubezpieczenia, a także opłaty związane z zarządzaniem aktywami Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego przez podmioty zewnętrzne, o ile podmioty zewnętrzne nie potrąciły opłat za zarządzanie z aktywów. Wysokość opłaty za zarządzanie Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi ustalana jest przez PKO Ubezpieczenia w % wartości Subkonta i określona jest w Umowie Generalnej.
- Opłata za zarządzanie Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi jest sumą poszczególnych opłat za zarządzanie tymi

Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, których Jednostki są zarejestrowane na Indywidualnym Rachunku Kapitałowym.

- W przypadku Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, których aktywa są zarządzane przez podmioty zewnętrzne opłata za zarządzanie pobierana jest przez te podmioty z tych aktywów i nie jest uwzględniona w opłacie za zarządzanie pobieranej przez PKO Ubezpieczenia.
- Z aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego potrącane są koszty opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, do których ponoszenia PKO Ubezpieczenia jest obowiązane na mocy odrębnych przepisów, koszty związane z przechowywaniem aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego oraz koszty związane z transakcjami nabywania i sprzedaży aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.

§ 31.

- Wszystkie opłaty pobierane z Rachunku, z wyjątkiem opłaty za zarządzanie Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi, o której mowa w § 30 ust. 3, PKO Ubezpieczenia pobiera proporcjonalnie z każdego Subkonta, według udziału wartości Jednostek Funduszu danego Subkonta w części Indywidualnego Stanu Funduszu, w której Jednostki Funduszu pochodzą z danego Rachunku.
- Wszystkie opłaty pobierane z Indywidualnego Rachunku Kapitałowego PKO Ubezpieczenia pobiera z każdego Rachunku, zgodnie z postanowieniami ust. 1, według udziału tego Rachunku w Indywidualnym Rachunku Kapitałowym.
- W przypadku, gdy nie wpłynęła Składka Ubezpieczeniowa na Indywidualny Rachunek Kapitałowy (i termin na opłacenie Składki Ubezpieczeniowej jeszcze nie upłynął) lub gdy w wyniku operacji nabywania Jednostek Funduszu ze środków pieniężnych pochodzących z Transferów lub Składki Alokowanej następuje brak na Indywidualnym Rachunku Kapitałowym wystarczających środków na pobranie opłaty administracyjnej lub opłaty za ochronę ubezpieczeniową, opłaty te zostaną rozliczone na koniec dnia, w którym zostaną zarejestrowane Jednostki Funduszu na Indywidualnym Rachunku Kapitałowym.
- Z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w ust. 3, w dniu, w którym liczba Jednostek Funduszu na Indywidualnym Rachunku Kapitałowym jest nie wystarczająca na pokrycie opłat z niego pobieranych następuje zamknięcie przez PKO Ubezpieczenia Indywidualnego Rachunku Kapitałowego i brak możliwości ponownego prowadzenia Indywidualnego Rachunku Kapitałowego dla danego Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 17 UPOSAŻONY I UPOSAŻONY ZASTĘPCZY

§ 32.

- Ubezpieczony ma prawo wskazać w Deklaracji Zgody jednego lub więcej Uposażonych.
- Ubezpieczony ma prawo w formie oświadczenia odwołać lub zmienić Uposażonego w każdym czasie.
- Odwołanie lub zmiana Uposażonego obowiązuje od dnia podanego w oświadczeniu Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia doręczenia oświadczenia do PKO Ubezpieczenia.
- 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.
- Jeżeli suma wskazanych przez Ubezpieczonego procentowych udziałów każdego Uposażonego w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, PKO Ubezpieczenia niezwłocznie będzie dążyć do wyjaśnienia rzeczywistej woli Ubezpieczonego. W przypadku niemożliwości ustalenia woli Ubezpieczonego, PKO Ubezpieczenia dokona podziału proporcjonalnego uwzględniając wartości udziałów Uposażonych wskazanych przez Ubezpieczonego.
- Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne w przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym.
- Ubezpieczony ma prawo wskazać w Deklaracji Zgody jednego lub więcej Uposażonych Zastępczych. Postanowienia ust. 2, 3, 4 i 5 stosuje się także do Uposażonego Zastępczego.
- Wskazanie Uposażonego Zastępczego jest bezskuteczne w przypadku, gdy Uposażony Zastępczy zmarł przed Ubezpieczonym.
- W przypadku zgonu Ubezpieczonego, jeżeli nie ma uprawnionego Uposażonego i Uposażonego Zastępczego, Świadczenie zostanie wypłacone:
 - małżonkowi Ubezpieczonego;
 - Dzieciom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - Rodzicom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - rodzeństwu Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - pozostałym osobom będącym spadkobiercami Ubezpieczonego, z wyjątkiem Skarbu Państwa.

10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, 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. 11 nie jest uprawniona do otrzymania Świadczenia.
11. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 18 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 33.

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego PKO Ubezpieczenia wypłaca osobie uprawnionej zgodnie z § 32, z wyjątkiem Świadczenia wypłacanego zgodnie z postanowieniami § 34 ust. 4 pkt 12). Pozostałe Świadczenia wypłacane są Ubezpieczonemu, chyba że Umowa Ubezpieczenia stanowi inaczej.
2. Wszczęcie postępowania wyjaśniającego następuje po otrzymaniu przez PKO Ubezpieczenia zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego Zakresem Ubezpieczenia.
3. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa w PKO Ubezpieczenia wniosek o wypłatę Świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia lub wysokości Świadczenia, wskazanymi w formularzu wniosku o wypłatę świadczenia.
4. W przypadku, o którym mowa w § 32 ust. 9 pkt 5), PKO Ubezpieczenia wypłaca Świadczenie po otrzymaniu od osoby uprawnionej do Świadczenia dokumentu potwierdzającego nabycie spadku po Ubezpieczonym przez tę osobę, zgodnie z prawem spadkowym.

§ 34.

1. Wysokość Świadczenia PKO Ubezpieczenia zostaje ustalona w dniu powstania obowiązku jego wypłaty.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w Okresie Odpowiedzialności Świadczenie PKO Ubezpieczenia równe jest sumie następujących kwot:
 - 1) ustalonej w Umowie Ubezpieczenia wysokości procentowej Sumy Ubezpieczenia, zwanej dalej „Sumą Ubezpieczenia za Zgon”
oraz
 - 2) Indywidualnego Stanu Funduszu.
3. W Umowie Ubezpieczenia zawartej na czas określony, w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego końca okresu, na który zawarto Umowę Ubezpieczenia, Świadczenie PKO Ubezpieczenia jest równe Indywidualnemu Stanowi Funduszu.
4. Wysokość Świadczenia PKO Ubezpieczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia, innego niż wymienione w ust. 2 i 3, określona jest w Umowie Ubezpieczenia, jednak Świadczenie:
 - 1) w przypadku zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – nie może być wyższe niż 500% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 2) w przypadku zgonu Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego – nie może być wyższe niż 500% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 3) w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym – nie może być wyższe niż 500% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 4) w przypadku Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – nie może być wyższe niż 5% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy 1% Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego;
 - 5) w przypadku Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym – nie może być wyższe niż 5% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy 1% Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego;
 - 6) w przypadku Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – wypłacane jest w wysokości zgodnej z tabelą wypłat stanowiącą Załącznik nr 1 do OWU;
 - 7) w przypadku Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego w zakresie wariantu podstawowego – nie może być wyższe niż 50% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 8) w przypadku Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego w zakresie wariantu rozszerzonego – nie może być wyższe niż 50% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 9) w przypadku Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego – nie może być wyższe niż:
 - a) 1% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, jeżeli leczenie było następstwem Nieszczęśliwego Wypadku,

- b) 0,5% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, jeżeli leczenie było spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek;
- 10) w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego prawomocnego orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy powstałej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – równe jest wysokości Indywidualnego Stanu Funduszu oraz kwocie nie wyższej niż 100% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 11) w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego prawomocnego orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy – równe jest wysokości Indywidualnego Stanu Funduszu oraz kwocie nie wyższej niż 100% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 12) w przypadku osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego – nie może być wyższe niż 100% Sumy Ubezpieczenia za Zgon dla każdego niepełnoletniego Dziecka niezależnie od tego czy jest ono uprawnione do Świadczenia, zgodnie z § 32. Świadczenie wypłacane jest również Dziecku, które ukończyło 18 rok życia, lecz nie przekroczyło 25 roku życia, jeżeli kontynuuje Naukę. Dziecku niepełnosprawnemu w znacznym stopniu, na mocy orzeczenia lekarskiego, Świadczenie wypłacane jest bez względu na wiek Dziecka;
 - 13) w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu – nie może być wyższe niż 25% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 14) w przypadku zgonu Dziecka – nie może być wyższe niż 50% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 15) w przypadku zgonu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – nie może być wyższe niż 100% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 16) w przypadku Inwalidztwa Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – wypłacane jest w wysokości zgodnej z tabelą wypłat stanowiącą załącznik nr 1 do OWU;
 - 17) w przypadku Ciężkiego Zachorowania Dziecka w zakresie wariantu podstawowego – nie może być wyższe niż 50% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 18) w przypadku Ciężkiego Zachorowania Dziecka w zakresie wariantu rozszerzonego – nie może być wyższe niż 50% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 19) w przypadku Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka – nie może być wyższe niż:
 - a) 1% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka, jeżeli leczenie było następstwem Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) 0,5% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka, jeżeli leczenie było spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 20) w przypadku zgonu Partnera – nie może być wyższe niż 100% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 21) w przypadku zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – nie może być wyższe niż 200% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 22) w przypadku Inwalidztwa Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – wypłacane jest w wysokości zgodnej z tabelą wypłat stanowiącą załącznik nr 1 do OWU;
 - 23) w przypadku Ciężkiego Zachorowania Partnera w zakresie wariantu podstawowego – nie może być wyższe niż 50% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 24) w przypadku Ciężkiego Zachorowania Partnera w zakresie wariantu rozszerzonego – nie może być wyższe niż 50% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 25) w przypadku Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Partnera – nie może być wyższe niż:
 - a) 1% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Partnera, jeżeli leczenie było następstwem Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) 0,5% Sumy Ubezpieczenia za Zgon za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Partnera, jeżeli leczenie było spowodowane inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 26) w przypadku zgonu któregośkolwiek z Rodziców lub Teściów – nie może być wyższe niż 25% Sumy Ubezpieczenia za Zgon.
5. Do obliczenia wysokości Świadczenia z Indywidualnego Stanu Funduszu uwzględnia się:
 - 1) liczbę Jednostek Funduszu z dnia zgłoszenia zdarzenia lub - w przypadku, gdy Ubezpieczony uprzednio złożył zlecenie innej transakcji na Indywidualnym Rachunku Kapitałowym, która jest w trakcie realizacji w dniu zgłoszenia zdarzenia – z dnia zakończenia tej transakcji;
 - 2) wartość Jednostki Funduszu z dnia jej umorzenia, przy czym Jednostki Funduszu umarza się zgodnie z postanowieniami § 28 ust. 7.
 6. Według oferty złożonej przez PKO Ubezpieczenia i zgodnie z wyborem Ubezpieczonego Świadczenie, o którym mowa w ust. 3 może zostać zamienione na rentę dożywotnią lub rentę pewną płatną przez ustalony okres. Jeżeli nastąpi zgon Ubezpieczonego

w trakcie płatności renty pewnej, wypłaty należne po jego zgonie będą przypadały osobie uprawnionej zgodnie z § 32.

7. W przypadku, gdy grupa Ubezpieczonych w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest mniejsza niż 15 osób oraz gdyby z któregośkolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) urodzenie się Dziecka Ubezpieczonemu,
 - 2) zgon Dziecka,
 - 3) zgon Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) Inwalidztwo Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 5) Zgon Rodzica lub Teścia,Świadczenie należne było więcej niż jednemu Ubezpieczonemu, wówczas wypłacane jest jedno Świadczenie w podziale na równe części dla wszystkich uprawnionych z tytułu zajścia tego zdarzenia.

§ 35.

1. PKO Ubezpieczenia wypłaca Świadczenie z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli stopień Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego nie przekroczy 100% z tytułu wszystkich zaistniałych w Okresie Odpowiedzialności zdarzeń powodujących Trwałą Utratę Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. PKO Ubezpieczenia wypłaca Świadczenie z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym, jeżeli stopień Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego nie przekroczy 100% z tytułu wszystkich zaistniałych w Okresie Odpowiedzialności zdarzeń powodujących Trwałą Utratę Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu.
3. Stopień Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego określa Lekarz Zaufania niezwłocznie po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconej przez lekarza rehabilitacji leczniczej. Późniejsza zmiana stopnia Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego nie powoduje zmiany wysokości Świadczenia.
4. W przypadku Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Udaru Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym, istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi potwierdzić lekarz neurolog, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu.
5. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samej choroby lub trwałego inwalidztwa, stopień Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego określa się w wysokości różnicy pomiędzy stopniem trwałego uszczerbku danego organu, narządu lub układu po wypadku, a stopniem trwałego uszczerbku istniejącym bezpośrednio przed Nieszczęśliwym Wypadkiem albo Zawałem Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udarem Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym.
6. Z uwagi na znaczne koszty rehabilitacji leczniczej, Ubezpieczony ma prawo złożyć wniosek o wypłatę części Świadczenia z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego przed zakończeniem leczenia usprawniającego. Niezależnie od ustalonego ostatecznie stopnia Trwałej Utraty Zdrowia, wypłacona Ubezpieczonemu część Świadczenia nie podlega zwrotowi.
7. Suma wypłaconych Świadczeń z tytułu Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Okresie Odpowiedzialności nie może przekroczyć kwoty określonej w Umowie Ubezpieczenia, a także:
 - 1) w przypadku Inwalidztwa Ubezpieczonego - nie może być wyższa niż 500% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 2) w przypadku Inwalidztwa Dziecka - nie może być wyższa niż 100% Sumy Ubezpieczenia za Zgon;
 - 3) w przypadku Inwalidztwa Partnera - nie może być wyższa niż 100% Sumy Ubezpieczenia za Zgon.
8. Postanowienia ust. 3, 5 i 6 stosuje się odpowiednio w przypadku:
 - 1) Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) Inwalidztwa Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) Inwalidztwa Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 36.

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Postanowienie ust. 1 stosuje się odpowiednio w przypadku:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym;
 - 2) zgonu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Jeżeli PKO Ubezpieczenia wypłaci Świadczenie z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, a następnie w okresie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi zgon Ubezpieczonego, będący następstwem tego wypadku, kwota wypłaconego Świadczenia,

o którym mowa powyżej, będzie potrącona z kwoty Świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

4. Postanowienie ust. 3 stosuje się odpowiednio w przypadku:
 - 1) Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym i zgonu Ubezpieczonego wskutek Zawału Serca z Uniesieniem Odcinka ST lub Udaru Mózgu z Długotrwałym Ubytkiem Neurologicznym;
 - 2) Inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) Inwalidztwa Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i zgonu Dziecka wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 4) Inwalidztwa Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku i zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego jest należne za cały okres leczenia w Okresie Odpowiedzialności, o ile Ubezpieczony podlegał Leczeniu Szpitalnemu dłuższemu niż 4 dni w sposób ciągły i jest wypłacane za okres nie dłuższy niż 90 dni leczenia w trakcie Roku Ubezpieczeniowego.
6. Postanowienie ust. 5 stosuje się odpowiednio w przypadku Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Partnera oraz Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka. W przypadku Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Dziecka limit 90 dni leczenia w trakcie Roku Ubezpieczeniowego liczony jest łącznie dla wszystkich Dzieci Ubezpieczonego.
7. W przypadku jednego zdarzenia kwalifikującego się lub skutkującego wystąpieniem dwóch lub więcej pozycji wchodzących w zakres pojęć zdefiniowanych jako Ciężkie Zachorowanie, przysługuje wypłata tylko jednego Świadczenia za Ciężkie Zachorowanie, które zostało zdiagnozowane jako pierwsze.
8. Suma wypłaconych Świadczeń z tytułu Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego w Okresie Odpowiedzialności nie może przekroczyć 200% Sumy Ubezpieczenia za Zgon. Z tytułu Ciężkiego Zachorowania Partnera PKO Ubezpieczenia wypłaca wyjątkowo jedno Świadczenie za Ciężkie zachorowanie, które zostało zgłoszone jako pierwsze. Z tytułu Ciężkiego Zachorowania Dziecka PKO Ubezpieczenia wypłaca wyjątkowo jedno Świadczenie za Ciężkie zachorowanie, które zostanie zgłoszone jako pierwsze.
9. Do stwierdzenia zasadności roszczenia, za dzień zajścia Ciężkiego Zachorowania przyjmuje się:
 - 1) w przypadku zaawansowanej choroby Alzheimera - dzień rozpoznania choroby z uwzględnieniem okresu, o którym mowa w definicji w § 2 pkt 5) ppkt a);
 - 2) w przypadku choroby zaawansowanej Creutzfelda - Jakoba - dzień rozpoznania choroby zgodnie z definicją w § 2 pkt 5) ppkt b);
 - 3) w przypadku zaawansowanej niewydolności nerek - dzień wystawienia zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki;
 - 4) w przypadku zaawansowanej niewydolności wątroby - dzień uzyskania zaświadczenia o występowaniu wszystkich objawów wymienionych w definicji w § 2 pkt 5) ppkt d);
 - 5) w przypadku zaawansowanego nowotworu złośliwego - dzień badania histopatologicznego;
 - 6) w przypadku rozległego oparzenia - dzień, w którym nastąpiło oparzenie;
 - 7) w przypadku chirurgicznej operacji na naczyniach wieńcowych i transplantacji głównych narządów - dzień dokonania zabiegu operacyjnego;
 - 8) w przypadku długotrwałej śpiączki, całkowitej i trwałej utraty mowy i całkowitej i trwałej utraty wzroku - ostatni dzień okresu, o którym mowa odpowiednio w § 2 pkt 5) ppkt k), ppkt l);
 - 9) w przypadku utraty kończyn - dzień, w którym nastąpiła amputacja kończyn.

§ 37.

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, PKO Ubezpieczenia informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o zjściu zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy Ubezpieczenia.
3. PKO Ubezpieczenia zobowiązane jest do wypłaty Świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zjściu zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3, ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności PKO Ubezpieczenia albo wysokości Świadczenia okazałyby 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 Ubezpieczenia spełni w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 PKO Ubezpieczenia nie wypłaci Świadczenia, powinna zawiadomić na piśmie:
 - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń z Umowy Ubezpieczenia w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
6. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, PKO Ubezpieczenia powinna poinformować o tym na piśmie:
 - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,
 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.
7. 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.
8. 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.

ROZDZIAŁ 19 INDYWIDUALNA KONTYNUACJA UBEZPIECZENIA

§ 38.

1. Jeżeli Ubezpieczony przestał być Pracownikiem, a z tytułu jego ochrony opłacane były Składki Ubezpieczeniowe nieprzerwanie przez ostatnie 12 miesięcy pozostawania Pracownikiem wówczas Ubezpieczonemu przysługuje prawo do Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia.
2. Jeżeli Składki Ubezpieczeniowe z tytułu ochrony Ubezpieczonego były opłacane nieprzerwanie przez 12 miesięcy, wówczas, w przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia na mocy postanowień § 17 ust. 4 oraz § 17 ust. 7 pkt 3) lub wystąpienia z Umowy Ubezpieczenia na mocy postanowień § 17 ust. 5 oraz § 17 ust. 6 następujących bezpośrednio po okresie 12 miesięcy nieprzerwanego opłacania Składek Ubezpieczeniowych, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczonemu, który bezpośrednio przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia był ubezpieczony w ramach innej umowy grupowego ubezpieczenia na życie albo kontynuował takie ubezpieczenie u dowolnego ubezpieczyciela, okresy ochrony ubezpieczeniowej dla potrzeb określonych w ust. 1 lub 2 sumują się.
4. W celu Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć wniosek, o którym mowa w § 39 ust. 1, nie później niż w okresie 3 miesięcy, licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który nastąpiło Opłacenie ostatniej należnej Składki Ubezpieczeniowej. Składając wniosek o Indywidualną Kontynuację Ubezpieczenia, Ubezpieczony wpłaca ustaloną przez PKO Ubezpieczenia kwotę, stanowiącą zaliczkę na poczet Składki Ubezpieczeniowej z tytułu Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia.
5. Okres odpowiedzialności w Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia następującego po dniu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) nastąpiło Opłacenie pierwszej Składki Ubezpieczeniowej należnej z tytułu Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia,

- 2) Ubezpieczony otrzymał Polisę Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia,
- 3) jednak nie wcześniej niż w dniu określonym w Polisie Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia jako zawarcie umowy ubezpieczenia, który jest dniem następnym po dniu, w którym nastąpiło zakończenie Okresu Odpowiedzialności, o którym mowa w § 4 ust. 6 pkt 2) lub 3) albo dniem następnym po dniu, w którym Umowa Ubezpieczenia uległa rozwiązaniu na mocy § 17 ust. 2), z zastrzeżeniem postanowień ust. 6.
6. W stosunku do osób, których wniosek o Indywidualną Kontynuację Ubezpieczenia został złożony w PKO Ubezpieczenia po upływie 30 dni licząc od końca miesiąca kalendarzowego, za który nastąpiło Opłacenie ostatniej należnej Składki Ubezpieczeniowej stosuje się:
 - 1) 10 miesięczny okres karencji z tytułu urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu, a także
 - 2) 6 miesięczny okres karencji z tytułu pozostałych zdarzeń objętych Zakresem Ubezpieczenia, które spowodowane były inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek.
7. Ubezpieczony, w momencie rozpoczęcia Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia wstępuje w prawa i obowiązki Ubezpieczającego.
8. O ile Umowa Ubezpieczenia nie stanowi inaczej, Zakres Ubezpieczenia w Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia nie ulega zmianie, PKO Ubezpieczenia określa jednak wysokość Składki Ubezpieczeniowej, Sumy Ubezpieczenia oraz określa inne niezbędne warunki Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia.
9. Składka Ubezpieczeniowa należna z tytułu Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia ustalana jest jako składka ratalna opłacana z częstotliwością kwartalną, półroczną lub roczną.
10. Na wniosek Ubezpieczającego Suma Ubezpieczenia w Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia może zostać obniżona lub podwyższona, zgodnie z ofertą PKO Ubezpieczenia i po ustaleniu nowej wysokości Składki Ubezpieczeniowej. Do okresu odpowiedzialności, w którym Świadczenia ustalać się będzie na podstawie podwyższonej Sumy Ubezpieczenia postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.
11. W Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia PKO Ubezpieczenia prowadzi Indywidualny Rachunek Kapitałowy istniejący przed przystąpieniem do Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony nie skorzystał z wypłaty, o której mowa w § 17 ust. 9 albo nie dokonał wykupu całkowitego, o którym mowa w § 28 ust. 5.

§ 39.

1. W celu Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć w PKO Ubezpieczenia wniosek na właściwym formularzu.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 Ubezpieczony ma prawo złożyć także za pośrednictwem Ubezpieczającego. W takim przypadku za dzień złożenia wniosku uważa się datę doręczenia tego wniosku do PKO Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest informować Ubezpieczonych, którzy przestają być jego Pracownikami, o przysługujących im uprawnieniach do Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia i na ich życzenie pośredniczyć przy dokonywaniu czynności zmierzających do Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia.
4. Po zaakceptowaniu wniosku Ubezpieczonego PKO Ubezpieczenia wystawia i doręcza Ubezpieczonemu Polisę.

§ 40.

1. Wszelkie terminy zdefiniowane w § 2, stosuje się odpowiednio do postanowień dotyczących Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia.
2. W przypadku braku wyraźnych regulacji w OWU dotyczących Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia, postanowienia zapisów OWU stosuje się odpowiednio do Indywidualnej Kontynuacji Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 20 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 41.

W każdym momencie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia. PKO Ubezpieczenia informuje Ubezpieczającego o przyjęciu lub odrzuceniu wniosku w ciągu 30 dni od daty jego otrzymania.

§ 42.

1. Umowa Ubezpieczenia może zawierać postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Strony mają prawo na mocy porozumienia w formie pisemnej pod rygorem nieważności zmieniać lub uchylać postanowienia Umowy Ubezpieczenia.

§ 43.

Wyплаты kwot z tytułu Umowy Ubezpieczenia podlegają przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.

§ 44.

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 Ubezpieczenia.
2. Reklamacje można składać w każdej jednostce PKO Ubezpieczenia:
 - 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. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia składającego reklamację ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
4. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez PKO Ubezpieczenia bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie przez PKO Ubezpieczenia odpowiedzi przed jego upływem.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia reklamacji okazałoby się niemożliwe, PKO Ubezpieczenia 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 później niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. 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.
7. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o usługach płatniczych). Odpowiedź o której mowa w zdaniu poprzedzającym PKO Ubezpieczenia może dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
8. Skargi lub zażalenia nie będące reklamacjami w rozumieniu ust. 1 PKO Ubezpieczenia rozpatruje w terminie 30 dni od otrzymania skargi lub zażalenia.
9. Jeżeli w terminie określonym w ust. 8 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia skargi okazałoby się niemożliwe, PKO Ubezpieczenia powiadomi skarżącego o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu wskazując okoliczności, które jeszcze powinny zostać ustalone oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę, jednak, nie później niż 60 dni od dnia otrzymania skargi.
10. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Rzecznika Finansowego lub do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
11. PKO Ubezpieczenia podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania reklamacji publikowane są dodatkowo na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.
13. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy stronami w zakresie wynikającym z realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.

§ 45.

1. Korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres drugiej strony. Strony Umowy Ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania drugiej strony Umowy Ubezpieczenia o zmianie swoich danych adresowych.
2. Postanowienia ust. 1 stosuje się odpowiednio do Ubezpiezonego.

§ 46.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 47.

PKO Ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących Ubezpiezonego, Ubezpieczającego, Uposażonego i Uposażonego Zastępczego, które posiada w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.

§ 48.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej PKO Ubezpieczenia jest dostępne na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl oraz w siedzibie PKO Ubezpieczenia.

§ 49.

Zgodnie z obowiązującą na dzień wejścia w życie niniejszych OWU ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń lub umorzenia postępowania upadłościowego, jeżeli majątek dłużnika nie wystarcza nawet na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego albo w przypadku zarządzenia likwidacji Gwarancyjnego należy również zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych z umów ubezpieczenia na życie, w wysokości 50 % wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30.000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.

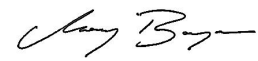
§ 50.

Niniejsze ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z opcją ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „Partner pro” zostały zatwierdzone w dniu 22 grudnia 2015 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

W imieniu i na rzecz PKO Ubezpieczenia:



Prezes Zarządu
Sławomir Łopalewski



Čłonek Zarządu
Maciej Berger

ZAŁĄCZNIK NR 1



Ubezpieczenia

do Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie
z Opcją Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Partner pro”

Tabela % kwoty (podstawy) określonej w Umowie Generalnej i Certyfikacie i stanowiącej bazę do obliczenia wysokości Świadczenia z tytułu Inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

Zdarzenie	% kwoty (podstawy)
Całkowita utrata wzroku	100
Utrata wzroku w jednym oku	30
Całkowita utrata mowy	100
Całkowita utrata słuchu	100
Utrata prawego ramienia na wysokości barku	70
Utrata lewego ramienia na wysokości barku	60
Utrata prawego ramienia powyżej łokcia	65
Utrata lewego ramienia powyżej łokcia	55
Utrata prawego przedramienia lub utrata prawej dłoni na wysokości nadgarstka	60
Utrata lewego przedramienia lub utrata lewej dłoni na wysokości nadgarstka	50
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