

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z OPCJAMI DODATKOWYMI „PERFECT MULTI
OCHRONA PRO”**



Ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczenia.	§ 3 ust. 2 § 20 ust. 2, ust. 4 § 21 ust. 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	§ 4 ust. 2, ust. 4 § 5 - § 10 § 16 ust. 5, ust. 7-8 § 19 ust. 2 pkt 4) § 20 ust. 1, ust. 3 § 21 ust. 1-5

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 ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi „Perfect Multi Ochrona 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 niewyuczynowe nurkowanie z aparatem oddechowym (akwalungiem) maksymalnie do 10 metrów głębokości;
 - 2) **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;
 - 3) **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;
 - 4) **Ciężkie Zachorowanie** – zajście jednego z poniższych zdarzeń, które zostało orzeczone przez Lekarza Specjalistę odpowiedniej dziedziny a także zostało potwierdzone przez Lekarza Zaufania:
 - a) **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;
 - b) **zaawansowana niewydolność wątroby** – schyłkowy okres schorzeń wątroby prowadzący do jej marskości z obecnością wszystkich wymienionych objawów:
 - przewlekłe utrzymująca się żółtaczka,
 - wodobrzusze,
 - encefalopatia,
 - nadciśnienie wrotne;wyklucza się przypadki alkoholowej marskości wątroby i schyłkowej niewydolności wątroby spowodowanej nadużywaniem leków;
 - c) **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 białaczka, za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotwory układu limfatycznego i choroba Hodgkina; obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez Lekarza Specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego;
 - d) **rozległe oparzenia** – oparzenia III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała i wymagające intensywnej terapii szpitalnej; rozległość oparzenia oceniana jest według reguły dziewiątek lub tabeli Lunda i Brondera;
 - e) **chirurgiczna operacja na naczyniach wieńcowych** – operacja wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności co najmniej dwóch tętnic wieńcowych, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak angioplastyka przezskórna, terapia laserowa lub inne metody leczenia nieoperacyjnego;
 - f) **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;
 - g) **transplantacja głównych narządów** – operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przeżył Ubezpieczony w charakterze biorcy;
 - h) **udar mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym** – nagłe zaburzenia w krążeniu mózgowym, polegające na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału pochodzenia pozaczaszkiowego, powodujące następstwa neurologiczne trwające ponad 3 miesiące. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza Specjalistę na podstawie typowych objawów neurologicznych i typowych zmian w badaniu tomograficznym mózgu lub w rezonansie mózgu. Wyklucza się objawy mózgowie związane z tzw. przemijającym niedokrwieniem mózgu, z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu. Wyklucza się także schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego oraz mikroudry tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
 - i) **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;
 - j) **całkowita i trwała utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata mowy wskutek resekcji krtani albo przewlekłej choroby prowadzącej do zniszczenia krtani lub wskutek uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Stan utraty mowy musi trwać co najmniej przez 6 miesięcy i być potwierdzony badaniami specjalistycznymi;
 - k) **całkowita i trwała utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuustronna utrata wzroku wskutek choroby lub wypadku. Diagnoza powyższa powinna zostać potwierdzona klinicznie przez Lekarza Specjalistę po upływie 6 miesięcy od wystąpienia schorzenia;
 - l) **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:
 - typowe objawy bólu w klatce piersiowej lub ich odpowiedniki,
 - pojawienie się nowych zmian w EKG – uniesienie odcinka ST (typowe dla Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST),
 - podwyższony poziom we krwi enzymów wskaźnikowych Zawału Serca np.: CK(MB), CPK, mioglobina, troponiny;wyklucza się:
 - Zawał Serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI),
 - inne ostre zespoły wieńcowe (np. niestabilna choroba wieńcowa),
 - bezobjawowy Zawał Serca;
- 5) **Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni** – całodobowy, trwający nieprzerwanie dłużej niż 96 godzin, 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, pobyt w placówce mającej na celu leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, w placówce zajmującej się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, hospicjum, ośrodkiem rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym,

- sanatoryjnym, wypoczynkowym oraz leczenie w trybie dziennym;
- 6) **Lekarz Specjalista** – lekarz, który posiada ważny dokument o uzyskaniu tytułu specjalisty;
 - 7) **Lekarz Zaufania** – wskazana przez PKO Ubezpieczenia osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza lub wskazany przez PKO Ubezpieczenia zakład opieki zdrowotnej;
 - 8) **Licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego uprawnione, stosowanie do wymogów państwa siedziby przedsiębiorstwa, do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów, bagażu, towarów lub poczty;
 - 9) **Miesiąc Polisowy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w dniu każdego następnego miesiąca, który datą odpowiada dniowi zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia – w ostatnim dniu tego miesiąca;
 - 10) **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;
 - 11) **Okres Karencji** – okres, liczony od pierwszego dnia Okresu Odpowiedzialności, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia z tytułu zajścia, określonego w odpowiednich postanowieniach OWU, zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia;
 - 12) **Okres Odpowiedzialności** – okres, w którym PKO Ubezpieczenia udziela ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem Opłacenia Składki Ubezpieczeniowej w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia;
 - 13) **Okres Opóźnienia** – okres kolejnych 60 dni, rozpoczynający się pierwszego dnia okresu, za który Składka Ubezpieczeniowa jest należna, jeżeli nie nastąpiło Opłacenie Składki;
 - 14) **Opłacenie Składki** – uznanie rachunku bankowego PKO Ubezpieczenia kwotą Składki Ubezpieczeniowej;
 - 15) **Pakiet** – wskazany w Umowie Ubezpieczenia zbiór zdarzeń o z góry określonych przez PKO Ubezpieczenia wysokościach Świadczeń, Sumy Ubezpieczenia i Składki Ubezpieczeniowej;
 - 16) **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 we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub w Okresie Odpowiedzialności w pisemnym oświadczeniu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to zostanie złożone do PKO Ubezpieczenia przed dniem zajścia zdarzenia dotyczącego Partnera;
 - 17) **Polisa** – dokument wystawiony przez PKO Ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia i jej warunki;
 - 18) **Pozostawanie pod wpływem Alkoholu** – stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ wzwyż albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dcm³ wzwyż;
 - 19) **Rocznica Polisy** – każda rocznica dnia wskazanego w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a jeżeli w danym roku nie ma takiego dnia – ostatni dzień odpowiedniego miesiąca;
 - 20) **Rok Polisowy** – rok rozpoczynający się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w każdą Rocznicę Polisy;
 - 21) **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;
 - 22) **Suma Ubezpieczenia** – określona w Umowie Ubezpieczenia kwota stanowiąca podstawę do obliczania wysokości Świadczenia;
 - 23) **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;
 - 24) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez PKO Ubezpieczenia w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia;
 - 25) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – całkowita niezdolność do pracy orzeczona przez uprawniony organ do orzekania w sprawie oceny zdolności do pracy, która zgodnie

- z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy albo znaczny stopień niepełnosprawności orzeczony przez uprawniony organ orzekający w sprawie stosowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej, który zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy – orzeczone w oparciu o ustawy i przepisy wykonawcze wydane na ich podstawie obowiązujące w dniu wydania tego orzeczenia lub w oparciu o opinię Lekarza Zaufania;
- 26) **Trwała Utrata Zdrowia** – trwałe i nieodwracalne uszkodzenie ciała lub trwały i nieodwracalny rozstrój zdrowia;
- 27) **Ubezpieczający** – wskazana w Umowie Ubezpieczenia, osoba fizyczna, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z PKO Ubezpieczenia;
- 28) **Ubezpieczony** – wskazana w Umowie Ubezpieczenia osoba fizyczna, która jest objęta ochroną ubezpieczeniową; Ubezpieczonym może być wyłącznie Ubezpieczający;
- 29) **Uposażony** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, uprawniona, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego;
- 30) **Uposażony Zastępczy** – wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, uprawniona, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego, jeżeli brak jest uprawnionego Uposażonego;
- 31) **Wiek Wstępu** – wiek Ubezpieczonego w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, obliczany jako różnica lat pomiędzy rokiem kalendarzowym, w którym zawiera się Umowę Ubezpieczenia, a rokiem kalendarzowym, w którym urodził się Ubezpieczony;
- 32) **Zakres Ubezpieczenia** – wskazany w Umowie Ubezpieczenia zbiór zdarzeń; zajście któregokolwiek z tych zdarzeń uprawnia Ubezpieczonego lub osobę uprawnioną zgodnie z § 17 do zgłoszenia roszczenia o Świadczenie;

ROZDZIAŁ 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia w życiu Ubezpieczonego zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności:
 - 1) zgon Ubezpieczonego,
 - 2) zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – zgon Ubezpieczonego, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek,
 - 3) 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,
 - 4) Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego, której bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek,
 - 5) 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,
 - 6) Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego,
 - 7) Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Ubezpieczonego,
 - 8) Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Ubezpieczonego spowodowane Nieszczęśliwym Wypadkiem – Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Ubezpieczonego, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek,
 - 9) zgon Partnera,
 - 10) zgon Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – zgon Partnera, którego bezpośrednią i wyłączną przyczyną jest Nieszczęśliwy Wypadek.

ROZDZIAŁ 4 OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4.

1. Okres Odpowiedzialności rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia jednak nie wcześniej niż w dniu następnym po dniu, w którym nastąpiło Opłacenie Składki.
2. W trakcie Okresu Odpowiedzialności stosuje się:

- 1) 3-miesięczny Okres Karencji z tytułu zgonu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że Okres Karencji obejmuje wyłącznie zdarzenia inne niż powstałe wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) 3-miesięczny Okres Karencji z tytułu wystąpienia Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego;
 - 3) 6-miesięczny Okres Karencji z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższe niż 4 dni Ubezpieczonego, które spowodowane było inną przyczyną niż Nieszczęśliwy Wypadek;
 - 4) 6-miesięczny Okres Karencji z tytułu zgonu Partnera, z zastrzeżeniem, że Okres Karencji obejmuje wyłącznie zdarzenia inne niż powstałe wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz z zastrzeżeniem, że w przypadku, gdy Ubezpieczony dokonana wskazania Partnera w trakcie Okresu Odpowiedzialności, Okres Karencji liczony jest od dnia, w którym wpłynęło do PKO Ubezpieczenia pisemne oświadczenie Ubezpieczonego wskazujące tego Partnera.
3. Okres Odpowiedzialności kończy się w dniu:
- 1) zgonu Ubezpieczonego albo w dniu orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego powstałej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, na mocy postanowień § 14 ust. 3;
 - 3) doręczenia do PKO Ubezpieczenia oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, na mocy postanowienia § 14 ust. 1.
4. Odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia z tytułu innych zdarzeń niż:
- 1) zgon Ubezpieczonego,
 - 2) zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 3) Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) zgon Partnera,
- kończy się wraz z upływem okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony kończy 65. roku życia, za jaki została zapłacona 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 dwóch lat od rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności.
2. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, 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 dwóch lat od rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności;
 - 4) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 5) Pozostawiania 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 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;
3. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, które powstało wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu Licencjonowanych linii lotniczych.
3. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Partnera lub zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zgon Partnera nastąpił w związku lub jest następstwem, odpowiednio odnoszących się do Partnera, zdarzeń wymienionych w ust. 1 lub ust. 2.

§ 6.

1. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego, która powstała w rezultacie lub w związku z okolicznościami wymienionymi w § 5 ust. 2.
2. PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego powstałej 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 Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wynikłej 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 miażdżystego.

§ 7.

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) zerniaków 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 podstawnomórkowych 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 przyczyny zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

§ 8.

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:
 - 1) wystąpiło podczas pełnienia służby wojskowej;
 - 2) było skutkiem Chorób Istniejących przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności;
 - 3) było skutkiem uszkodzenia ciała, które powstało w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności.
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.

- PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli jedynym celem Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego jest rehabilitacja Ubezpieczonego, chyba że rehabilitacja jest wynikiem Nieszczęśliwego Wypadku lub Ciężkiego Zachorowania, które nastąpiły w trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności.

§ 9.

- 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.
- PKO Ubezpieczenia nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego będącej skutkiem:
 - Chorób Istniejących przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności;
 - uszkodzenia ciała, które powstało w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności.

§ 10.

Jeżeli zdarzenie zaszło w ciągu trzech lat od zawarcia 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 wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, chyba, że zatajone lub niezgodne z prawdą okoliczności lub informacje nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 6

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11.

- Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony, liczony od dnia wskazanego w Polisie jako dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczonym może zostać osoba, której Wiek Wstępu wynosi co najmniej 18 lat i nie przekracza 55 lat.

§ 12.

- W celu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający składa wniosek o jej zawarcie na formularzu PKO Ubezpieczenia. W przypadku Pakietu 3, 4 lub 5 oraz bez względu na numer Pakietu, jeżeli Wiek Wstępu Ubezpieczonego wynosi co najmniej 50 lat wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający składa również informację lub ankietę o stanie zdrowia Ubezpieczonego.
- Składając wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający wpłaca na poczet Składki Ubezpieczeniowej kwotę w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia. Wpłacona kwota, o której mowa w zdaniu pierwszym, staje się Składką Ubezpieczeniową w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia. W razie niezawarcia Umowy Ubezpieczenia, kwota wpłacona przez Ubezpieczającego podlega zwrotowi w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji przez PKO Ubezpieczenia o niezawarciu Umowy Ubezpieczenia.
- Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia zobowiązany jest dokonać wyboru Pakietu.
- Ubezpieczający, Ubezpieczony, przedstawiciel Ubezpieczającego oraz przedstawiciel Ubezpieczonego zobowiązani są do udzielenia, zgodnie z prawdą, odpowiedzi na pytania zamieszczone we wniosku oraz w załączonej do wniosku informacji lub ankiecie o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz na pytania skierowane do nich w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
- PKO Ubezpieczenia ma prawo:
 - zażądać uzupełnienia dokumentacji wniosku w inny sposób ustalony przez PKO Ubezpieczenia,
 - zapropionować zawarcie Umowy Ubezpieczenia na warunkach innych niż wskazane we wniosku Ubezpieczającego.
- Złożenie wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia nie jest równoznaczne z zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

§ 13.

- Z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w ust. 2, Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem określonym w Polisie.
- Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę PKO Ubezpieczenia doręcza Ubezpieczającemu Polisé zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez

niego oferty, PKO Ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania przez PKO Ubezpieczenia obowiązku wskazanego w zdaniu poprzednim, zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa Ubezpieczenia jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W przypadku braku sprzeciwu ze strony Ubezpieczającego Umowa Ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

- PKO Ubezpieczenia potwierdza zawarcie Umowy Ubezpieczenia Polisé.
- Polisa stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 7

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14.

- Ubezpieczający ma prawo pisemnego odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
- W terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, PKO Ubezpieczenia zwraca Ubezpieczającemu opłaconą Składkę Ubezpieczeniową pomniejszoną o część Składki za okres, w którym PKO Ubezpieczenia udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
- Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, gdy:
 - Ubezpieczający wypowiedział Umowę Ubezpieczenia – Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia Miesiąca Polisowego, w którym wypowiedzenie zostało doręczone PKO 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;
 - w Okresie Opóźnienia nie zostanie opłacona Składka Ubezpieczeniowa mimo wezwania Ubezpieczającego do zapłaty w terminie 30 dni, wysłanego Ubezpieczającemu przez PKO Ubezpieczenia po 30 dniu Okresu Opóźnienia – Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu po upływie terminu wyznaczonego w wezwaniu.
- Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą zgonu Ubezpieczonego albo w dniu orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego powstałej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ROZDZIAŁ 8

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 15.

- Wysokość Składki Ubezpieczeniowej ustalają Strony w Umowie Ubezpieczenia.
- PKO Ubezpieczenia ustala wysokość Składki Ubezpieczeniowej na okres jednego roku kalendarzowego w oparciu o strukturę wieku wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną na postawie niniejszych OWU oraz historię zdarzeń ubezpieczeniowych z tych tytułów.
- Składka Ubezpieczeniowa ustalana jest jako iloraz sumy prawdopodobieństw zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych z aktywnych Umów Ubezpieczenia przez ilość aktywnych Umów Ubezpieczenia przy uwzględnieniu wysokości Świadczeń za poszczególne ryzyka. Prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wyznaczone jest przy użyciu metod statystycznych na podstawie informacji uzyskanych z instytucji statystycznych lub własnych badań prowadzonych przez PKO Ubezpieczenia.
- Składka Ubezpieczeniowa wyznaczana zgodnie z postanowieniami ust. 3 jest powiększana o koszty działalności ubezpieczeniowej PKO Ubezpieczenia.
- Biorąc pod uwagę wskaźniki, o których mowa w ust. 2, oraz metodę ustalania Składki Ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 3 i 4, PKO Ubezpieczenia ma prawo ustalić nową wysokość Składki Ubezpieczeniowej dla następnego roku kalendarzowego. Nowa wysokość Składki Ubezpieczeniowej w Umowie Ubezpieczenia obowiązuje od dnia Rocznicy Polisy przypadającej w danym roku kalendarzowym.
- Informację o nowej wysokości Składki Ubezpieczeniowej PKO Ubezpieczenia przesyła do akceptacji Ubezpieczającego najpóźniej w terminie 30 dni przed Rocznicą Polisy.
- Ubezpieczający ma prawo w terminie do dnia wejścia w życie nowej wysokości Składki Ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami ust. 5, w formie pisemnej nie wyrazić zgody na

zmianę wysokości Składki Ubezpieczeniowej. Takie pismo Ubezpieczającego traktowane jest przez obie Strony Umowy Ubezpieczenia, jako wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia w trybie postanowień § 14 ust. 3 pkt 1).

8. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki Ubezpieczeniowej w nowej wysokości, Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w trybie postanowień § 14 ust. 3 pkt 2). Odpowiedzialność PKO Ubezpieczenia kończy się wówczas z końcem okresu, za który nastąpiło opłacenie Składki Ubezpieczeniowej w wysokości wymaganej przez PKO Ubezpieczenia.
9. Składka Ubezpieczeniowa ustalana jest jako składka ratalna opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną.
10. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki Ubezpieczeniowej z góry, w wysokości, z częstotliwością i w terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia.
11. Składka Ubezpieczeniowa w całości przeznaczona jest na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej i kosztów działalności ubezpieczeniowej PKO Ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 9 SUMA UBEZPIECZENIA

§ 16.

1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia określona jest w Polisie.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, 7 i 8, Suma Ubezpieczenia jest stała w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia i wynosi:
 - 1) 15 000 złotych w Pakiecie 1;
 - 2) 25 000 złotych w Pakiecie 2;
 - 3) 50 000 złotych w Pakiecie 3;
 - 4) 75 000 złotych w Pakiecie 4;
 - 5) 100 000 złotych w Pakiecie 5.
3. Ubezpieczający ma prawo wnioskować o zmianę Pakietu w dowolną Rocznicę Polisy na Pakiet o dowolnie niższym lub wyższym numerze.
4. W celu zmiany Pakietu, Ubezpieczający składa w PKO Ubezpieczenia wniosek na formularzu PKO Ubezpieczenia, w którym podaje numer wybranego Pakietu. Wniosek ten powinien wpłynąć do PKO Ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 dni przed Rocznicą Polisy, w którą ma nastąpić zmiana Pakietu. W przypadku zmiany Pakietu na Pakiet o wyższym numerze wraz z wnioskiem Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć informację lub ankietę o stanie zdrowia Ubezpieczonego.
5. W przypadku zmiany Pakietu postanowienia § 10, § 12 ust. 3, 4, 5 i 6 oraz § 14 ust. 1 i 2 stosuje się odpowiednio.
6. W przypadku akceptacji przez PKO Ubezpieczenia zmiany Pakietu, PKO Ubezpieczenia wystawia i doręcza Ubezpieczającemu potwierdzenie dokonania zmiany Pakietu. W przypadku odmowy dokonania zmiany Pakietu PKO Ubezpieczenia informuje o tym Ubezpieczającego.
7. W przypadku zmiany Pakietu na Pakiet o wyższym numerze postanowienia § 4 ust. 2 stosuje się odpowiednio, w stosunku do kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy Sumą Ubezpieczenia z nowego Pakietu i Sumą Ubezpieczenia z Pakietu, który obowiązywał przed zmianą, licząc od dnia Rocznicy Polisy, w którą dokonano zmiany Pakietu.
8. W przypadku zmiany Pakietu na Pakiet o wyższym numerze, w stosunku do kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy Sumą Ubezpieczenia z nowego Pakietu i Sumą Ubezpieczenia z Pakietu, który obowiązywał przed zmianą, licząc od dnia Rocznicy Polisy, w którą dokonano zmiany Pakietu PKO Ubezpieczenia przez okres dwóch lat nie ponosi odpowiedzialności z tytułu następujących zdarzeń:
 - 1) zgon Ubezpieczonego;
 - 2) zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) Trwała Utrata Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 4) Ciężkie Zachorowanie Ubezpieczonego;
 - 5) Leczenie Szpitalne dłuższe niż 4 dni Ubezpieczonego, jeśli zdarzenia te były następstwem próby samobójczej.
9. Do dnia Rocznicy Polisy, w którą następuje zmiana Pakietu, obowiązują wszelkie postanowienia dotyczące dotychczasowego Pakietu i jego warunków.
10. Maksymalna Suma Ubezpieczenia dla Umów Ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU oraz łącznie z sumami ubezpieczenia określonymi dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie następujących ogólnych warunków ubezpieczenia:
 - 1) Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi „Multi Ochrona pro”;
 - 2) Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi „Multi Ochrona Solo pro”;

- 3) Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi „Multi Ochrona Senator pro”;
 - 4) Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi „Nordea Multi Ochrona Rodzina”;
- nie może być wyższa niż 100 000 złotych.
W przypadku, gdy zawarcie kolejnej umowy ubezpieczenia lub podwyższenie posiadanej dla danej umowy ubezpieczenia sumy ubezpieczenia powodowałoby przekroczenie kwoty 100 000 złotych PKO Ubezpieczenia odmówi zawarcia kolejnej umowy ubezpieczenia lub podwyższenia sumy ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 10 UPOSAŻONY I UPOSAŻONY ZASTĘPCZY

§ 17.

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać jednego lub więcej Uposażonych.
2. Ubezpieczony ma prawo odwołać lub zmienić Uposażonego w każdym czasie.
3. Ubezpieczony, wskazując Uposażonych, zobowiązany jest określić procentowy udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów, uznaje się, że udziały wszystkich Uposażonych są równe.
4. Jeżeli suma wskazanych przez Ubezpieczonego procentowych udziałów każdego Uposażonego w kwocie świadczenia nie jest równa 100%, PKO 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.
5. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne w przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym.
W takim przypadku, udział zmarłego Uposażonego dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.
6. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych Zastępczych. Postanowienia ust. 2, 3 i 4 stosuje się także do Uposażonego Zastępczego.
7. Wskazanie Uposażonego Zastępczego jest bezskuteczne w przypadku, gdy Uposażony Zastępczy zmarł przed Ubezpieczonym. W takim przypadku udział tego Uposażonego Zastępczego dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych Zastępczych.
8. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, jeżeli nie ma uprawnionego Uposażonego i Uposażonego Zastępczego, Świadczenie zostanie wypłacone:
 - 1) małżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) dzieciom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 3) rodzicom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwu Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 5) pozostałym osobom będącym spadkobiercami Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa.
9. W przypadku, o którym mowa w ust. 8, 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. 10 nie jest uprawniona do otrzymania Świadczenia.
10. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 11 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 18.

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego PKO Ubezpieczenia wypłaca osobie uprawnionej zgodnie z § 17. Pozostałe Świadczenia wypłacane są Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem, że postanowienie § 17 ust. 10 stosuje się odpowiednio w przypadku zgonu Partnera i zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
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 § 17 ust. 8 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.

§ 19.

1. Wysokość Świadczenia zostaje ustalona na dzień powstania zdarzenia objętego Zakresem Ubezpieczenia.
2. Wysokość Świadczenia zależy od rodzaju zdarzenia oraz Pakietu, i wynosi:
 - 1) w przypadku zgonu Ubezpieczonego – 100% Sumy Ubezpieczenia;
 - 2) w przypadku zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, dodatkowo do Świadczenia z pkt 1) – 100% Sumy Ubezpieczenia;
 - 3) w przypadku zgonu Ubezpieczonego wskutek Szczególnego Przypadku Wypadku Komunikacyjnego, dodatkowo do sumy Świadczeń z pkt 1) i 2) – 100% Sumy Ubezpieczenia;
 - 4) w przypadku Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, za każdy 1% Trwałej Utraty Zdrowia, o ile procent Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego jest równy lub wyższy niż 3%:
 - a) 200 złotych w Pakiecie 1;
 - b) 300 złotych w Pakiecie 2;
 - c) 400 złotych w Pakiecie 3;
 - d) 450 złotych w Pakiecie 4;
 - e) 500 złotych w Pakiecie 5;
 - 5) w przypadku otrzymania przez Ubezpieczonego prawomocnego orzeczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy powstałej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – 100% Sumy Ubezpieczenia;
 - 6) w przypadku Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego – 30% Sumy Ubezpieczenia;
 - 7) w przypadku Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego, za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego:
 - a) 50,00 złotych w Pakiecie 1;
 - b) 62,50 złotych w Pakiecie 2;
 - c) 75,00 złotych w Pakiecie 3;
 - d) 87,50 złotych w Pakiecie 4;
 - e) 100,00 złotych w Pakiecie 5;
 - 8) w przypadku Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, dodatkowo do Świadczenia z pkt 7), za każdy dzień Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego:
 - a) 50,00 złotych w Pakiecie 1;
 - b) 62,50 złotych w Pakiecie 2;
 - c) 75,00 złotych w Pakiecie 3;
 - d) 87,50 złotych w Pakiecie 4;
 - e) 100,00 złotych w Pakiecie 5;
 - 9) w przypadku zgonu Partnera – 20% Sumy Ubezpieczenia;
 - 10) w przypadku zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, dodatkowo do Świadczenia z pkt 9) – 30% Sumy Ubezpieczenia.

§ 20.

1. Suma wypłaconych Świadczeń z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Okresie Odpowiedzialności nie może przekroczyć:
 - 1) 20 000 złotych w Pakiecie 1;
 - 2) 30 000 złotych w Pakiecie 2;
 - 3) 40 000 złotych w Pakiecie 3;
 - 4) 45 000 złotych w Pakiecie 4;
 - 5) 50 000 złotych w Pakiecie 5.
2. 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.
3. W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samej choroby, trwałego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku, 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.
4. 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.

§ 21.

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie przysługuje, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku. Postanowienia niniejszego ustępu stosuje się odpowiednio z tytułu zgonu Partnera wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Jeżeli PKO Ubezpieczenia wypłaci Świadczenie z tytułu Trwałej Utraty Zdrowia przez Ubezpieczonego, 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 wypłaconego z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Świadczenie z tytułu Leczenia Szpitalnego dłuższego niż 4 dni Ubezpieczonego jest należne za cały okres leczenia w Okresie Odpowiedzialności, o ile Ubezpieczony podlega Leczeniu Szpitalnemu dłuższemu niż 4 dni w sposób ciągły i jest wypłacane za okres nie dłuższy niż 90 dni leczenia w trakcie Roku Polisowego.
4. 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.
5. Suma wypłaconych Świadczeń z tytułu Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego w Okresie Odpowiedzialności nie może przekroczyć 120% Sumy Ubezpieczenia.
6. Do stwierdzenia zasadności roszczenia, za dzień zajścia Ciężkiego Zachorowania Ubezpieczonego przyjmuje się:
 - 1) w przypadku zaawansowanej niewydolności nerek – dzień wystawienia zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki;
 - 2) w przypadku zaawansowanej niewydolności wątroby – dzień uzyskania zaświadczenia o występowaniu wszystkich objawów wymienionych w definicji w § 2 pkt 4) ppkt b);
 - 3) w przypadku zaawansowanego nowotworu złośliwego – dzień badania histopatologicznego;
 - 4) w przypadku chirurgicznej operacji na naczyniach wieńcowych i transplantacji głównych narządów – dzień dokonania zabiegu operacyjnego;
 - 5) w przypadku rozległego oparzenia – dzień, w którym nastąpiło rozległe oparzenie;
 - 6) w przypadku, długotrwałej śpiączki, trwałej i całkowitej utraty mowy i trwałej i całkowitej utraty wzroku – ostatni dzień okresu, o którym mowa odpowiednio w § 2 pkt 4) ppkt f), ppkt j), ppkt k);
 - 7) w przypadku utraty kończyn – dzień, w którym nastąpiła utrata kończyn;
 - 8) w przypadku udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym lub zawału serca z uniesieniem odcinka ST – dzień jego wystąpienia.

§ 22.

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 zajściu 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 zajściu 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 okazałoby się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia PKO Ubezpieczenia spełni w terminie przewidzianym w ust. 3.

5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 PKO Ubezpieczenia nie wypłaci Świadczenia, powinien 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 podstawie 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.
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 okazałyby 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.

ROZDZIAŁ 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23.

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

§ 24.

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.

§ 25.

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

§ 26.

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 okazałyby 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

§ 27.

Korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia wysłana jest pod ostatni znany adres drugiej strony. Strony Umowy Ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania drugiej strony Umowy Ubezpieczenia o zmianie swoich danych adresowych.

§ 28.

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

§ 29.

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

§ 30.

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

§ 31.

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 oczywiście nie wystarcza nawet na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego albo w przypadku zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń, jeżeli roszczenia osób uprawnionych nie mogą być pokryte z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, do zadań Ubezpieczeniowego Funduszu 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 ogłoszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.

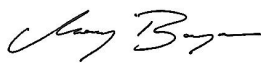
§ 32.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie z opcjami dodatkowymi „Perfect Multi Ochrona 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



Członek Zarządu
Maciej Berger