

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SPŁATY KREDYTU  
HIPOTECZNEGO, POŻYCZKI HIPOTECZNEJ NA WYPADEK UTRATY  
ŹRÓDŁA DOCHODU, INWALIDZTWA W NASTĘPSTWIE  
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I LECZENIA SZPITALNEGO**

dla Klientów PKO Banku Polskiego SA lub PKO Banku Hipotecznego SA



Ubezpieczenia

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO (OWU)</b>
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń z ubezpieczenia	§ 2 pkt 12, 18, 21, 46-48, 52 definicje dotyczące odpowiednio: inwalidztwa, leczenia szpitalnego, nieszczęśliwego wypadku, utraty dochodu z działalności gospodarczej, utraty pracy, utraty innej pracy zarobkowej, zdarzenia ubezpieczeniowego § 3 ust. 1-3 przedmiot i zakres ubezpieczenia
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 40 definicja udziału procentowego w sumie ubezpieczenia i w świadczeniach § 4 ust. 3-4 ochrona w okresie karencji § 6 wyłączenia odpowiedzialności OWU § 10 ust. 3 i ust. 8 limity świadczeń z tytułu utraty źródła dochodu § 11 ust. 5-7 ograniczenie świadczeń z tytułu inwalidztwa § 12 ust. 1-4 limity świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego

**ROZDZIAŁ 1  
POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1.**

Ogólne warunki ubezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego, pożyczki hipotecznej na wypadek Utraty źródła dochodu, Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i Leczenia szpitalnego dla klientów PKO Banku Polskiego SA lub PKO Banku Hipotecznego SA zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia spłaty Kredytu na wypadek Utraty źródła dochodu, Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i Leczenia szpitalnego Kredytobiorcy, zawieranych przez PKO Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną z osobami fizycznymi będącymi Kredytobiorcami w rozumieniu OWU.

**ROZDZIAŁ 2  
DEFINICJE**

**§ 2.**

Użyte w OWU terminy i określenia mają następujące znaczenie:

- Agent** – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS

0000026438; NIP: 525-000-77-38; REGON: 016298263; kapitał zakładowy (kapitał wpłacony) 1 250 000 000 zł, wpisana do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod Numerem 11160967/A, zwana dalej również PKO Bank Polski SA.

- Aneks** - aneks do Umowy kredytu, zawarty pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą lub Kredytobiorcami, na podstawie którego może nastąpić zmiana m.in. waluty, okresu kredytowania, skutkiem czego Harmonogram spłaty może być aktualizowany;
- Amatorskie nurkowanie** – niezawodowe i niewycyzynowe nurkowanie z aparatem oddechowym (akwalungiem) maksymalnie do 10 metrów głębokości.
- Bank** – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski SA z siedzibą w Warszawie albo PKO Bank Hipoteczny SA z siedzibą w Gdyni będący stroną Umowy kredytu.
- Bezrobotny** – osoba fizyczna mająca status bezrobotnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy lub na podstawie innych przepisów prawa polskiego, która utraciła pracę i po spełnieniu warunków określonych przepisami prawa zarejestrowała się w powiatowym urzędzie pracy, właściwym ze względu na swoje stałe lub czasowe miejsce zameldowania, jako osoba bezrobotna oraz posiada status bezrobotnego w terminach wymaganych Rat wskazanych w § 10 ust. 4.

6. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub w całym ustroju.
7. **Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99). Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dostępna jest m.in. na stronie <http://www.icd10.pl/>.
8. **Choroby istniejące przed zawarciem Umowy ubezpieczenia** – choroby, które:
  - 1) były przedmiotem leczenia w tym farmakoterapii lub operacji lub rehabilitacji, w okresie 6 miesięcy poprzedzających datę zawarcia Umowy ubezpieczenia lub
  - 2) zostały zdiagnozowane w okresie 6 miesięcy poprzedzających datę zawarcia Umowy ubezpieczenia.
9. **Działalność gospodarza** – działalność gospodarza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, wykonywana przez Ubezpieczonego będącego osobą fizyczną w jego własnym imieniu, zarejestrowana w odpowiedniej ewidencji działalności gospodarczej. Za Działalność gospodarczą nie jest uznawana działalność wytwórcza w rolnictwie w zakresie upraw rolnych oraz chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego, działalność agroturystyczna, polegająca na wynajmowaniu przez rolników pokoi, sprzedaży posiłków domowych i świadczenia w gospodarstwach rolnych innych usług związanych z pobytem turystów, a także działalność obejmująca wyrób wina przez producentów będących rolnikami, którzy wyrabiają mniej niż 100 hektolitrów wina w ciągu roku gospodarczego.
10. **Harmonogram spłaty** – ustalony pomiędzy Kredytobiorcą a Bankiem dokument, określający terminy płatności rat kapitałowo-odsetkowych i ich wysokości, obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
11. **Inna praca zarobkowa** – świadczenie przez Ubezpieczonego usług na podstawie umowy agencyjnej albo umowy zlecenia albo umowy o dzieło albo innej umowy cywilnoprawnej do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące umowy zlecenia, z wyłączeniem Kontraktu menadżerskiego albo świadczenia pracy w ramach Stosunku pracy przez Ubezpieczonego, który posiada ustalone prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego.
12. **Inwalidztwo** – zajście jednego ze zdarzeń wskazanych w Tabeli w § 11, powstałe na skutek i w terminie nie późniejszym niż 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, które zostało orzeczone przez Lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny, a także zostało potwierdzone przez Lekarza orzecznika. Za datę wystąpienia Inwalidztwa przyjmuje się dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku.
13. **Kontrakt menadżerski** – umowa cywilnoprawna, której przedmiotem jest osobiste zarządzanie przedsiębiorstwem lub jego częścią, na rachunek i ryzyko przedsiębiorcy, za wynagrodzeniem zawarta na czas nieokreślony albo określony.
14. **Kontrakt żołnierski** – umowa na podstawie której żołnierz pełni służbę wojskową za wynagrodzeniem, zgodnie z ustawą o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.
15. **Kontrakt marynarski** – umowa na podstawie której marynarz wykonuje prace na morzu za wynagrodzeniem podpisana zgodnie z zatwierdzonym przez International Transport Workers Federation układem zbiorowym pracy.
16. **Kredyt** – kredyt zabezpieczony hipoteką udzielony Kredytobiorcy przez PKO Bank Hipoteczny SA albo kredyt lub pożyczka zabezpieczone hipoteką udzielone Kredytobiorcy przez PKO Bank Polski SA
17. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę kredytu z PKO Bankiem Polskim SA albo PKO Bankiem Hipotecznym SA.
18. **Leczenie szpitalne** – pobyt w Szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celach leczniczych, diagnostycznych lub wykonania zabiegu chirurgicznego trwający nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 8 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego leczenie w Szpitalu. Leczeniem szpitalnym nie jest: pobyt w domu opieki, w placówce zajmującej się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną (za wyjątkiem zabiegów naprawczych ograniczających lub eliminujących skutki Nieszczęśliwego wypadku), hospicjum, ośrodek rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatoryjnym, wypoczynkowym. W rozumieniu niniejszych OWU leczeniem szpitalnym nie jest też leczenie alkoholizmu albo innych uzależnień albo leczenie w trybie dziennym. Za datę zdarzenia Leczenia szpitalnego przyjmuje się pierwszy dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala.
19. **Lekarz orzecznik** – wskazana przez Ubezpieczyciela osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza lub wskazany przez Ubezpieczyciela zakład opieki zdrowotnej.
20. **Lekarz specjalista** – lekarz, który posiada ważny dokument o uzyskaniu tytułu specjalisty.
21. **Nieszczęśliwy wypadek** – zaistniałe w okresie ochrony zdarzenie nagłe, wywołane działającą nagłe i niezależnie od woli oraz stanu zdrowia Ubezpieczonego, przyczyną zewnętrzną z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów), będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Inwalidztwa lub Leczenia szpitalnego.
22. **Poszukujący pracy** – osoba fizyczna, posiadająca status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz posiadająca taki status w terminie wymagalności spłaty Rat wskazanym w §10 ust. 9.
23. **Pozostawanie pod wpływem alkoholu** – stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ do 0,5‰ włącznie albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dm<sup>3</sup> do 0,25 mg/dm<sup>3</sup> włącznie.
24. **Rata** – rata kapitałowo-odsetkowa Kredytu wynikająca z Harmonogramu spłaty, która nie obejmuje odsetek karnych od niezłazności przeterminowanych ani jakichkolwiek innych opłat należnych Bankowi z tytułu Umowy kredytu.
25. **Renta z tytułu niezdolności do pracy** – świadczenie rentowe z ubezpieczenia społecznego inne, niż z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, w rozumieniu OWU.
26. **Saldo zadłużenia** – kwota, jaka pozostała Kredytobiorcy do spłacenia zgodnie z treścią Umowy kredytu. W przypadku Kredytów udzielonych w walutach obcych Saldo zadłużenia przeliczane jest na PLN po średnim kursie Narodowego Banku Polskiego dla danej waluty obowiązującego w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
27. **Składka ubezpieczeniowa** – kwota, do której wpłacania, w wysokości i terminach określonych w Umowie ubezpieczenia, zobowiązany jest Ubezpieczający z tym zastrzeżeniem, iż składka jest stała niezależnie od liczby osób Ubezpieczonych na podstawie danej Umowy ubezpieczenia.
28. **Stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>.
29. **Stawka za ubezpieczenie** – parametr procentowy ustalony adekwatnie do szacowanego ryzyka służący do wyliczenia Składki ubezpieczeniowej; wysokość Stawki za ubezpieczenie ustalona jest w taki sposób, że uwzględnia takie parametry jak okres ubezpieczenia, rodzaj ryzyka, zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wysokość i zasady wypłaty świadczeń oraz zakończenie ochrony ubezpieczeniowej.
30. **Stosunek pracy** – zatrudnienie na podstawie Umowy o pracę lub spółdzielczej Umowy o pracę lub Stosunku służbowego lub Kontraktu menadżerskiego lub Kontraktu żołnierskiego do których zastosowanie mają przepisy prawa polskiego lub na podstawie Kontraktu marynarskiego.
31. **Stosunek służbowy** – zatrudnienie na podstawie powołania, wyboru lub mianowania, uregulowane obowiązującymi przepisami prawa polskiego.
32. **Suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, niezależnie od liczby Ubezpieczonych, z tytułu wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ochrony, odpowiadająca 50% Salda zadłużenia w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 1 500000 zł, przy czym górna granica odpowiedzialności dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych określona jest:
  - w § 10 dla zdarzenia Utraty pracy, Utraty dochodu z Działalności gospodarczej oraz Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej,
  - w § 11 dla zdarzenia Inwalidztwa,
  - w § 12 dla zdarzenia Leczenia szpitalnego.
 Przy ustaleniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego bierze się pod uwagę jego Udział procentowy. Suma ubezpieczenia na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ulega zmniejszeniu po każdej wypłacie Świadczenia, o kwotę wypłaconego Świadczenia  $\frac{1}{1,05}$ .
33. **Szpital** – placówka zamkniętej opieki zdrowotnej znajdująca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której zadaniem jest udzielenie całonocnej opieki w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całonocnej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach

- odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca personel medyczny. W rozumieniu niniejszych OWU Szpitalem nie jest: dom opieki, ośrodek lub szpital dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgnarska, hospicjum, ośrodek uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych oraz innych uzależnień, placówka zajmująca się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną (za wyjątkiem przypadków kiedy wykonuje zabieg ograniczający lub eliminujący skutki Nieszczęśliwego wypadku), ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, uzdrowski, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy. Za Szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego.
34. **Świadczenie** – kwota należna Ubezpieczonemu zgodnie z postanowieniami OWU w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego powstałego w okresie ochrony, objętego zakresem ubezpieczenia.
  35. **Świadczenia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego** – świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, tj. emerytura, renta z tytułu niezdolności do pracy, emerytura rolnicza lub renta rolnicza regulowane przepisami ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub przepisami o ubezpieczeniu społecznym rolników, ustalone na podstawie decyzji uprawnionego organu rentowego.
  36. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – całkowita niezdolność do pracy orzeczona przez uprawniony organ do orzekania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej 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 – orzeczona w oparciu o ustawy i przepisy wykonawcze wydane na ich podstawie obowiązujące w dniu wydania tego orzeczenia.
  37. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia, zobowiązany do zapłacenia Składki ubezpieczeniowej; Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.
  38. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, któremu Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia, wskazany we Wniosko-Polisie.
  39. **Ubezpieczyciel** – PKO Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000551487, NIP: 5272734144, posiadająca zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w grupach: 1-2, 7-9, 13-18 Działu II Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe Załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego: decyzja nr DLU/WLU/602/46/15/14/15/JP z dnia 10 marca 2015 r., posiadająca kapitał zakładowy na dzień uchwalenia OWU w wysokości 25.000.000 zł opłacony w całości.
  40. **Udział procentowy** – udział w Sumie ubezpieczenia lub limicie Świadczenia z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, ustalany dla każdego Ubezpieczonego w związku z jedną Umową kredytu. Udział procentowy jest równy 100%, gdy na podstawie Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objęty jest jeden Ubezpieczony w ramach jednej Umowy Kredytu. W przypadku, gdy na podstawie Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową objętych jest więcej niż jeden Ubezpieczony w ramach jednej Umowy kredytu, Udział procentowy ustalany jest proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną poprzez podzielenie 100% przez liczbę Ubezpieczonych. Udział procentowy jest aktualizowany w przypadku zmiany liczby Ubezpieczonych objętych ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia lub zmiany liczby Ubezpieczonych w ramach ryzyka Utraty źródła dochodu z powodu nabycia prawa do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego. W przypadku trzech Ubezpieczonych Udział procentowy dzieli się następująco: Udział Ubezpieczającego wynosi 34%, a pozostałych Ubezpieczonych po 33%.
  41. **Umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu wraz z późniejszymi zmianami, zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą lub Kredytobiorcami.
  42. **Umowa o pracę** – umowa o pracę w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy zawarta na czas nieokreślony albo określony.
  43. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.
  44. **Uruchomienie kredytu** – wypłata pierwszej transzy lub całości Kredytu dokonana zgodnie z postanowieniami Umowy kredytu.
  45. **Utrata źródła dochodu** – ryzyko ubezpieczeniowe, na które składają się następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, przy czym każde z nich jest adekwatne dla danej grupy Ubezpieczonych w zależności od uzyskiwanego przez nich źródła dochodu:
    - 1) Utrata pracy,
    - 2) Utrata dochodu z Działalności gospodarczej,
    - 3) Utrata dochodu z Innej pracy zarobkowej.
  46. **Utrata dochodu z Działalności gospodarczej** – oznacza utratę dochodu z Działalności gospodarczej prowadzonej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
    - 1) nastąpiło Zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej;
    - 2) Ubezpieczony nie prowadzi jakiegokolwiek Działalności gospodarczej lub nie wykonuje Innej pracy zarobkowej lub nie pozostaje w Stosunku pracy przez okres co najmniej 30 dni liczonych od dnia następnego po dacie o której mowa w ppkt 1;
    - 3) Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego.
 Za datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty dochodu z Działalności gospodarczej przyjmuje się dzień, w którym upłynął termin wskazany w ppkt 2 lub dzień uzyskania statusu Bezrobotnego, jeżeli jest to termin późniejszy.
  47. **Utrata pracy** – oznacza Utratę dochodu z tytułu Stosunku pracy, o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
    - 1) ustanie Stosunku pracy nastąpiło z którejkolwiek z poniższych przyczyn:
      - a) rozwiązanie przez pracodawcę Stosunku pracy za wypowiedzeniem, przy czym za takie wypowiedzenie nie uważa się rozwiązania Stosunku pracy w trybie wywołującym jedynie skutki rozwiązania stosunku pracy przez pracodawcę za wypowiedzeniem; w tym rozwiązaniu Umowy o pracę przez pracownika w trybie opisanym w art. 23<sup>(1)</sup> § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy;
      - b) rozwiązania Stosunku pracy na mocy porozumienia stron na podstawie art. 30 wskazanym w § 1 pkt. 1 Kodeksu pracy wyłącznie w związku z art. 1 lub art. 10 ustawy z 13 marca 2003r. o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników;
      - c) wygaśnięcia Stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy będącego osobą fizyczną albo ogłoszenia przez pracodawcę upadłości albo oddalenia przez sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego;
      - d) wygaśnięcia mandatu w ramach Stosunku służbowego;
      - e) odwołania ze stanowiska lub funkcji w ramach Stosunku służbowego z wyłączeniem sytuacji, gdy odwołanie następuje na wniosek Ubezpieczonego;
      - f) wygaśnięcia Kontraktu menadżerskiego lub żołnierskiego lub marynarskiego lub rozwiązania innych przyczyn, niż wypowiedzenie przez Ubezpieczonego lub za porozumieniem stron;
    - 2) Ubezpieczony nie pozostaje w jakimkolwiek Stosunku pracy lub nie wykonuje Innej pracy zarobkowej lub nie prowadzi Działalności gospodarczej przez okres co najmniej 30 dni liczonych od następnego dnia po dacie wskazanej w ppkt 1;
    - 3) Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego.
 Za datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Utraty pracy przyjmuje się dzień, w którym upłynął termin wskazany w ppkt 2 lub dzień uzyskania statusu Bezrobotnego, jeżeli jest to termin późniejszy.
  48. **Utrata dochodu z Innej pracy zarobkowej** – oznacza utratę dochodu z Innej pracy zarobkowej, o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
    - 1) Utrata dochodu nastąpiła z którejkolwiek z poniższych przyczyn:
      - a) rozwiązania umowy leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej, której stroną jest Ubezpieczony nieposiadający ustalonego decyzją uprawnionego organu prawa do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego lub
      - b) rozwiązania Stosunku pracy lub leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej umowy, których stroną jest Ubezpieczony posiadający ustalone decyzją uprawnionego organu prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego;

- o ile rozwiązanie umowy agencyjnej albo umowy zlecenia albo umowy o dzieło nastąpiło z innych przyczyn, niż wypowiedzenie albo odstąpienie od tej umowy przez Ubezpieczonego albo rozwiązanie jej za porozumieniem stron, zaś w przypadku Ubezpieczonego świadczącego pracę w ramach Stosunku pracy i posiadającego ustalone prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego, o ile rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło z przyczyn, o których mowa w pkt 47 ppk1;
- 2) Ubezpieczony nie pozostaje w jakimkolwiek Stosunku pracy lub nie świadczy usług na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia lub umowy o dzieło lub nie prowadzi Działalności gospodarczej przez okres co najmniej 30 dni liczony od następnego dnia po dacie wskazanej w ppkt 1;
  - 3) Ubezpieczony uzyskał status osoby Poszukującej pracę. Za datę zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej przyjmuje się dzień, w którym upłynął termin wskazany w ppkt 2 lub dzień uzyskania statusu osoby Poszukującej pracę, jeżeli jest to termin późniejszy.
49. **Wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego w dniu, w którym wiek jest liczony.
50. **Wniosko–Polisa** – dokument, na podstawie którego Ubezpieczający wnioskuje o zawarcie Umowy ubezpieczenia, będący jednocześnie dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia zawierający istotne elementy Umowy ubezpieczenia.
51. **Zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej:**
- 1) w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą – zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie danych znajdujących się w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej („CEIDG”) w następstwie otrzymania przez Ubezpieczyciela pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego informującego o złożeniu wniosku o wykreślenie jego wpisu w CEIDG lub zaświadczenia potwierdzającego złożenie ww. wniosku;
  - 2) w przypadku Działalności gospodarczej prowadzonej w formie spółki osobowej – zakończenie wykonywania Działalności gospodarczej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentów potwierdzających rozwiązanie spółki osobowej zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych.
- Zawieszenie Działalności gospodarczej nie stanowi Zakończenia wykonywania Działalności gospodarczej.
52. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – odpowiednio jedno ze zdarzeń wskazanych w § 3 ust. 2, po zajściu którego w okresie ochrony, Ubezpieczony jest uprawniony do Świadczenia zgodnie z OWU.

## ROZDZIAŁ 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ochrona na wypadek braku zdolności spłaty Kredytu w związku wystąpieniem ryzyka Utraty źródła dochodu Ubezpieczonego i posiadaniem statusu Bezrobotnego lub Poszukującego pracę oraz ryzyko utraty zdrowia Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia uzależniony jest od źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego zgodnie z poniższymi zasadami:
  - 1) Ubezpieczony, który uzyskuje dochód na podstawie Stosunku pracy, z zastrzeżeniem wyłączeń przewidzianych w § 6 OWU, jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową z tytułu następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej:
    - a) Utraty pracy,
    - b) Inwalidztwa z tytułu całkowitej fizycznej utraty lub całkowitej i trwałej utraty władzy nad poszczególnymi narządami wymienionymi w pkt 1 Tabeli zamieszczonej w § 11 ust. 1,
    - c) Leczenia szpitalnego,
  - 2) Ubezpieczony, który uzyskuje dochód z Działalności gospodarczej, z zastrzeżeniem wyłączeń przewidzianych w § 6 OWU, jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową z tytułu następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej:
    - a) Utraty dochodu z Działalności gospodarczej,
    - b) Inwalidztwa z tytułu całkowitej fizycznej utraty lub całkowitej i trwałej utraty władzy nad poszczególnymi narządami wymienionymi w pkt 1 Tabeli zamieszczonej w § 11 ust. 1,
    - c) Leczenia szpitalnego.
- 3) Ubezpieczony, który uzyskuje dochód z Innej pracy zarobkowej, z zastrzeżeniem wyłączeń przewidzianych w § 6 OWU, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie ochrony ubezpieczeniowej:
  - a) Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej,
  - b) Inwalidztwa w pełnym zakresie, zgodnie z pkt 1-3 Tabeli wymienionej w § 11 ust. 1,
  - c) Leczenia szpitalnego.
3. W przypadku Ubezpieczonych, których prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego zostanie ustalone przez odpowiedni organ rentowy w trakcie trwania okresu ochrony oraz wykonujących Inną pracę zarobkową w dacie wydania decyzji o ustaleniu tego prawa, udzielana jest ochrona w zakresie wymienionym w ust. 2 pkt 3, w pozostałych przypadkach tj. gdy nie wykonują Innej pracy zarobkowej ochrona z tytułu Utraty źródła dochodu wygasa, zaś Udział procentowy przypadający na takiego Ubezpieczonego dzielony jest proporcjonalnie pomiędzy pozostałych Ubezpieczonych w ryzyku Utraty źródła dochodu.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty każdy Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 lat i jednocześnie w okresie ochrony nie ukończy 65 lat
5. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Utraty źródła dochodu nie jest objęty Kredytobiorca, który w dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia odpowiednio w stosunku do danego źródła dochodu:
  - 1) pozostawał w okresie wypowiedzenia Stosunku pracy lub został odwołany ze stanowiska lub funkcji w przypadku zatrudnienia na podstawie Stosunku służbowego, o ile Utrata pracy była skutkiem rozwiązania tego Stosunku pracy,
  - 2) został poinformowany przez pracodawcę o grupowych zwolnieniach obejmujących Kredytobiorcę, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tych zwolnień grupowych,
  - 3) został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze likwidacji stanowiska pracy Kredytobiorcy o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tej likwidacji stanowiska pracy,
  - 4) posiadał Stosunek pracy z przedsiębiorcą, którego współnikiem jest krewny lub powinowaty Kredytobiorcy do drugiego stopnia włącznie,
  - 5) przez okres 6 (sześć) miesięcy poprzedzających zawarcie Umowy ubezpieczenia nie prowadził nieprzerwanie Działalności gospodarczej lub w okresie tym został złożony wniosek o upadłość,
  - 6) wiedział o złożonym przez:
    - a) stronę Stosunku pracy, lub
    - b) osobę, która była drugą stroną umowy agencyjnej, zlecenia lub umowy o dzieło,
 wniosku o upadłość, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem uznania upadłości albo oddalenia przez sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
  - 7) w okresie ostatnich 12 (dwunastu) miesięcy kalendarzowych poprzedzających zawarcie Umowy ubezpieczenia posiadał status Bezrobotnego.
6. W przypadku wystąpienia którejkolwiek z przesłanek określonych w ust. 5 pkt. 1-5 lub w przypadku gdy Ubezpieczony pozostawał w Stosunku pracy na czas krótszy niż okres ubezpieczenia Ubezpieczony pozostaje nadal objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu Utraty źródła dochodu, o ile uzyskuje lub będzie uzyskiwał dochody z innego źródła, w tym innego Stosunku pracy niż ten, który nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową.
7. Zmiana źródła dochodu w Okresie Ubezpieczenia nie ma wpływu na objęcie ochroną w ryzyku Utrata źródła dochodu z uwzględnieniem postanowień §10 ust. 3 pkt. 3 dotyczących maksymalnej kwoty Świadczeń z tytułu Utraty pracy oraz Utraty dochodu z Działalności gospodarczej.

## ROZDZIAŁ 4 OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES OCHRONY

### § 4.

1. Okres ubezpieczenia wskazany jest we Wniosko–Polisie.
2. Okres ochrony w stosunku do Ubezpieczonego, a tym samym okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, rozpoczyna się nie wcześniej, niż od dnia następnego po dniu opłacenia Składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W trakcie okresu ubezpieczenia stosuje się okres karencji, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w zakresie ryzyka

Utraty źródła dochodu oraz Leczenia szpitalnego jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.

4. W okresie karencji wskazanym w ust. 3 jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego: Inwalidztwa oraz Leczenia szpitalnego będącego wynikiem Nieszczęśliwego wypadku.

## ROZDZIAŁ 5 ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

### § 5.

1. Ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego kończy się:
    - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego,
    - 2) z tytułu Utraty źródła dochodu, w zależności od tego, które ze zdarzeń wymienionych poniżej wystąpi jako pierwsze:
      - a) w dniu wypłaty Świadczenia jednorazowego, o którym mowa w § 10 pkt II ust. 8 w przypadku Ubezpieczonych, którzy uzyskują dochód z Innej pracy zarobkowej,
      - b) w dniu wyczerpania limitu Świadczeń, o którym mowa w § 10 pkt I ust. 3 – w przypadku Ubezpieczonych, którzy uzyskują dochód ze Stosunku pracy lub z Działalności gospodarczej,
      - c) w dniu wydania decyzji przez odpowiedni organ ustalający prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego, w przypadku uzyskiwania dochodu jedynie ze Stosunku pracy lub Działalności gospodarczej,
    - 3) z tytułu Inwalidztwa – z chwilą wypłaty Świadczenia z tytułu Inwalidztwa ustalonego na poziomie 100% Sumy ubezpieczenia przy uwzględnieniu Udziału procentowego tego Ubezpieczonego (zgodnie z § 11 ust. 1 OWU),
    - 4) z tytułu Leczenia szpitalnego - w dniu wyczerpania limitu Świadczeń, o którym mowa w § 12 ust. 4.
  2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a tym samym ochrona ubezpieczeniowa wobec wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy ubezpieczenia kończy się:
    - 1) z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia wskazanego we Wniosko-Polisie,
    - 2) w dniu, w którym doręczono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym,
    - 3) w dniu, w którym doręczono Ubezpieczycielowi pisemne wystąpienie (rezygnację) Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, o ile zostało złożone zgodne oświadczenie wszystkich Ubezpieczonych we Wniosko-Polisie o rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia w takim przypadku,
    - 4) w dniu rozwiązania Umowy kredytu na skutek wypowiedzenia Umowy kredytu przez Bank,
    - 5) w dniu wygaśnięcia Umowy kredytu na skutek wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu,
    - 6) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy kredytu,
    - 7) w dniu wyczerpania Sumy ubezpieczenia.
  3. W przypadku nabycia przez Ubezpieczonego prawa do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 lit. c, Udział procentowy takiego Ubezpieczonego w ryzyku Utraty źródła dochodu przenoszony jest proporcjonalnie na pozostałych Ubezpieczonych.
- 3) jeżeli Utrata pracy jest kolejną Utratą pracy występującą na skutek rozwiązania Stosunku pracy z tym samym pracodawcą, a Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu poprzedniej Utraty pracy,
  - 4) jeżeli w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony pozostawał w okresie wypowiedzenia Stosunku pracy lub został odwołany ze stanowiska lub funkcji w przypadku zatrudnienia na podstawie Stosunku służbowego, o ile Utrata pracy była skutkiem rozwiązania tego Stosunku pracy,
  - 5) jeżeli Ubezpieczony najpóźniej w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia został poinformowany przez pracodawcę o grupowych zwolnieniach obejmujących Ubezpieczonego, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tych zwolnień grupowych,
  - 6) jeżeli Ubezpieczony najpóźniej w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze likwidacji stanowiska pracy Kredytobiorcy o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tej likwidacji stanowiska pracy,
  - 7) jeżeli rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło w drodze porozumienia stron za wyjątkiem sytuacji, kiedy Stosunek pracy został rozwiązany na mocy porozumienia stron na podstawie art. 30 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy w związku z art. 1 lub art. 10 ustawy z 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników albo z winy Ubezpieczonego,
  - 8) jeżeli Ubezpieczony w trakcie ochrony ubezpieczeniowej nabył prawo do emerytury lub renty z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych, o ile nie został on objęty ochroną w ramach Innej pracy zarobkowej,
  - 9) jeżeli Ubezpieczonemu w trakcie ochrony ubezpieczeniowej wygasła umowa zawarta na czas określony lub ustał Stosunek pracy wskutek upływu terminu jego obowiązywania,
  - 10) jeżeli Utrata źródła dochodu nastąpiła w wyniku rozwiązania Stosunku pracy z przedsiębiorcą, której współnikiem jest Krewny lub powinowaty Kredytobiorcy do drugiego stopnia włącznie,
  - 11) jeżeli Ubezpieczony najpóźniej w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia był poinformowany o:
    - a) złożonym przez drugą stronę Stosunku pracy lub
    - b) złożonym przez osobę, będącą drugą stroną umowy agencyjnej lub umowy zlecenia lub umowy o dzieło, albo innej umowy cywilnoprawnej do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące umowy zlecenia, z wyłączeniem Kontraktu menadżerskiego, wniosku o upadłość, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem uznania upadłości albo oddalenia przez Sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
  - 12) w okresie 6 (sześciu) miesięcy poprzedzających zawarcie Umowy ubezpieczenia nie prowadził nieprzerwanie Działalności gospodarczej lub w okresie tym został złożony wniosek o upadłość, jeżeli Utrata źródła dochodu była skutkiem Zakończenia wykonywania Działalności gospodarczej.
2. Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności z tytułu Leczenia szpitalnego i Inwalidztwa w każdym z poniższych przypadków, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio na skutek:
    - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, jazdy bobslejem, kolarstwa, zawodowego biegania, sportów walki, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków bungee, zorbingu, wyścigów samochodowych i motocyklowych (także amatorskich), rajdów lub akrobacji motorowych lub motorowodnych, wyścigów konnych, górskich spływów 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, zawodowego uprawiania sportów drużynowych,
    - 2) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego z winy umyślnej bądź udziału w przestępstwie z winy umyślnej,
    - 3) wypadku lotniczego, za wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
    - 4) katastrofy, w wyniku której nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
    - 5) Pozostawiania pod wpływem alkoholu lub w Stanie nietrzeźwości przez Ubezpieczonego, pozostawiania pod

## ROZDZIAŁ 6 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 6.

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności z tytułu Utraty źródła dochodu Ubezpieczonego w każdym z poniższych przypadków:
  - 1) jeżeli rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło na wniosek Ubezpieczonego w tym rozwiązaniu umowy o pracę przez pracownika w trybie opisanym w art. 23<sup>(1)</sup> § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974r. Kodeksu pracy lub z winy Ubezpieczonego lub na skutek rozwiązania Umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia,
  - 2) gdy Utrata pracy nastąpiła w wyniku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczonego zaproponowanych mu nowych warunków pracy lub płacy na podstawie wypowiedzenia tychże warunków w trybie art. 42 Kodeksu pracy,

- wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, pod warunkiem, że miało to wpływ na powstanie zdarzenia wyłączając przypadki, gdy Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej i stosował się do zaleceń lekarza i zaleceń zawartych w ulotkach do poszczególnych leków,
- 6) uszkodzeń trzustki lub wątroby Ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu przez Ubezpieczonego,
  - 7) umyślnego samookaleczenia ciała lub próby samobójczej,
  - 8) Choroby psychicznej Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego,
  - 9) Chorób istniejących przed początkiem okresu ochrony, bądź obrażeń ciała doznanych przed datą zawarcia Umowy ubezpieczenia,
  - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał ważnych uprawnień wymaganych przez prawo o ruchu drogowym, chyba że brak uprawnień nie miał wpływu na zajście zdarzenia, albo jeżeli Ubezpieczony kierował tym pojazdem Pozostając pod wpływem alkoholu lub środków odurzających lub narkotyków,
  - 11) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane),
  - 12) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego,
  - 13) leczenia szpitalnego związanego z planową operacją lub zabiegiem chirurgicznym lub operacją plastyczną lub zabiegiem z medycyny estetycznej,
  - 14) leczenia szpitalnego związanego z przebiegiem ciąży lub porodem,
  - 15) leczenia szpitalnego związanego z rehabilitacją; pobytami dziennymi w szpitalu lub sanatorium, pobytami w sanatorium.
  - 16) leczenia lub innych zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonymi poza kontrolą osób uprawnionych.
3. Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności z tytułu Inwalidztwa, jeżeli zostało ono spowodowane
    - 1) chorobą Ubezpieczonego, w tym występującą nagle, jak np. zawał serca lub udar mózgu.
  4. Ponadto, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku:
    - 1) wojną, działaniami zbrojnymi, stanem wojennym, działaniami energii jądrowej
    - 2) czynnym udziałem 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.

## ROZDZIAŁ 7 WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

### § 7.

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na wniosek Ubezpieczającego. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel lub działający w jego imieniu Agent akceptuje wniosek o ubezpieczenie, sporządzany jest dokument Wniosko-Polisu.
  2. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
  3. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest zgłaszać zmianę okoliczności, o których mowa w ust. 2. Ubezpieczający zobowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach Ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
  4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2 lub 3 nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela. Jeżeli do naruszenia ust. 2 lub 3 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 lat i jednocześnie w okresie ubezpieczenia nie ukończy 65 lat z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 5
  6. Ochroną ubezpieczeniową nie może zostać objęty Kredytobiorca, który w okresie ostatnich 12 (dwunastu) miesięcy kalendarzowych poprzedzających zawarcie Umowy ubezpieczenia posiadał status Bezrobotnego.
  7. W przypadku, gdy w Umowie kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych do 5 (pięciu) Kredytobiorców, wskazanych we Wniosko-Polisie. Zasady obejmowania ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Kredytobiorcę określają dalsze postanowienia OWU.
  8. W przypadku objęcia ubezpieczeniem kilku Kredytobiorców w ramach Umowy ubezpieczenia, jeden z nich jest Ubezpieczającym i jednocześnie Ubezpieczonym, a pozostali wyłącznie Ubezpieczonymi. Limity odpowiedzialności, o których mowa w § 10, 11, 12 OWU, przysługujące poszczególnym Ubezpieczonym dzielą się pomiędzy Ubezpieczonych zgodnie z treścią zawartej Umowy ubezpieczenia. Wysokość Świadczenia należnego z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego przypadającego na każdego z Ubezpieczonych ustalana jest zgodnie z Udziałem procentowym w ramach Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego lub limitem Świadczenia.
  9. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych wskazanych we Wniosko-Polisie.
  10. W przypadku zgodnego oświadczenia Ubezpieczającego oraz pozostałych Ubezpieczonych, zawartego we Wniosko-Polisie, wystąpienie (rezygnacja) z ubezpieczenia przez któregokolwiek z Ubezpieczonych niebędących Ubezpieczającym jest równoznaczna z wypowiedzeniem Umowy ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych.
  11. W przypadku zgodnego oświadczenia złożonego we Wniosko-Polisie przez Ubezpieczającego oraz pozostałych Ubezpieczonych o przejęciu praw i obowiązków z Umowy ubezpieczenia, w przypadku śmierci Ubezpieczającego jego Udział procentowy przechodzi proporcjonalnie na pozostałych Ubezpieczonych. Powyższe nie dotyczy prawa do Świadczenia nabytego przed śmiercią Ubezpieczającego.
  12. W sytuacji, o której mowa w ust. 11, z uwagi na ustalenie nowego Udziału procentowego wobec pozostałych Ubezpieczonych, w stosunku do zmarłego Ubezpieczającego nie zachodzą przesłanki do zwrotu Składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

## ROZDZIAŁ 8 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 8.

1. Składka ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego jednorazowo z góry, za cały okres ubezpieczenia określony we Wniosko-Polisie.
2. Wysokość Składki ubezpieczeniowej ustalana jest niezależnie od liczby Ubezpieczonych.
3. Składka ubezpieczeniowa stanowi:
  - 1) w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w terminie 30 dni od Uruchomienia kredytu lub wypłaty jego pierwszej transzy iloczyn Stawki za ubezpieczenie oraz kwoty udzielonego Kredytu,
  - 2) w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia po 30 dni od Uruchomienia kredytu lub wypłaty jego pierwszej transzy, jeżeli Uruchomienie kredytu objęło całą kwotę Kredytu: iloczyn Stawki za ubezpieczenie oraz kwoty Kredytu (kapitał) ustalonej na pierwszy dzień roboczy miesiąca kalendarzowego, w którym zawierana jest Umowa ubezpieczenia,
  - 3) w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia po 30 dni od Uruchomienia kredytu lub wypłaty jego pierwszej transzy, jeżeli Uruchomienie kredytu nie objęło całej kwoty Kredytu: iloczyn Stawki za ubezpieczenie oraz kwoty udzielonego Kredytu
4. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, powyższe nie dotyczy sytuacji uregulowanych w OWU, gdy Udział procentowy

Ubezpieczonego przechodzi proporcjonalnie na pozostałych Ubezpieczonych.

## ROZDZIAŁ 9 ŚWIADCZENIA

### § 9.

Wysokość i rodzaj poszczególnych Świadczeń Ubezpieczonego zależy od rodzaju Zdarzenia ubezpieczeniowego i Udziału procentowego Ubezpieczonego w ramach Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ochrony (oraz limitu Świadczeń), przy czym każda wypłata Świadczenia zmniejsza Sumę ubezpieczenia na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

## ROZDZIAŁ 10 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU

### § 10.

1. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenia przewidziane w niniejszym paragrafie uzależnione od źródła dochodu, który został utracony w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

### I ŚWIADCZENIA MIESIĘCZNE

2. Świadczenie z tytułu zdarzenia Utraty pracy, oraz Świadczenie z tytułu Utraty dochodu z Działalności jest Świadczeniem miesięcznym odpowiadającym Udziałowi procentowemu Ubezpieczonego w kwocie najbliższej Raty Kredytu według aktualnego Harmonogramu spłat, przypadającej odpowiednio (Świadczenie miesięczne):
  - 1) po dacie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty pracy lub
  - 2) po dacie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty dochodu z Działalności gospodarczej.
3. Wysokość Świadczenia miesięcznego jest zgodna z aktualnym Harmonogramem spłat Kredytu, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
  - 1) odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do równowartości 6 (sześciu) Rat w przypadku jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie pracy lub Utracie dochodu z Działalności gospodarczej, do których doszło w okresie ochrony,
  - 2) maksymalna wysokość Świadczenia miesięcznego jest równa Udziałowi procentowemu Ubezpieczonego w najbliższej Racie, jednakże nie więcej niż 30 000 PLN, w przypadku gdy Rata jest wyższa niż 30 000 PLN, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie miesięczne w ramach należnej Raty w wysokości 30 000 PLN,
  - 3) łączna wysokość Świadczeń miesięcznych w całym okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość 12 (dwunastu) Rat oraz nie może być wyższa niż 360 000 PLN, bez względu na liczbę przypadków Utraty pracy oraz Utraty dochodu z Działalności gospodarczej.
4. Świadczenie miesięczne jest wypłacane w terminach zgodnych z aktualnym Harmonogramem spłaty Kredytu z zastrzeżeniem, że:
  - 1) pierwsze Świadczenie miesięczne jest należne w dacie wymagalności najbliższej spłaty Raty po uzyskaniu statusu Bezrobotnego, o ile Ubezpieczony w tej dacie posiada nadal ten status,
  - 2) kolejne Świadczenia miesięczne są należne za każdy udokumentowany okres ww. Utraty źródła dochodu, na podstawie zaświadczenia z odpowiedniego urzędu pracy dostarczonego przez Ubezpieczonego, o ile Ubezpieczony nadal posiada ten status w dacie wymagalności kolejnej Raty,
5. Świadczenie miesięczne z tytułu Utraty pracy lub Utraty dochodu z Działalności gospodarczej przestaje być należne i przestaje być wypłacane począwszy od dnia następnego po dniu zajścia któregośkolwiek z poniższych przypadków:
  - 1) Ubezpieczony nabył uprawnienia do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego na podstawie decyzji organu rentowego,
  - 2) Ubezpieczony ponownie nawiązał Stosunek pracy lub też podjął Działalność gospodarczą lub został zatrudniony na podstawie umowy leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej,
  - 3) Ubezpieczony utracił status Bezrobotnego,
  - 4) rozwiązania Umowy kredytu.
6. Niezależnie od postanowień ust. 5 Świadczenie miesięczne z tytułu Utraty pracy przestaje być należne i przestaje być wypłacane Ubezpieczonemu począwszy od dnia wymagalności kolejnej Raty, która przypada po miesiącu, w którym rozwiązaniu uległby Stosunek pracy nawiązany na czas określony, gdyby Stosunek

pracy trwał zgodnie z pierwotnie określonym terminem jego obowiązywania.

## II ŚWIADCZENIA JEDNORAZOWE

7. Świadczenie z tytułu Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej jest Świadczeniem jednorazowym należnym i wypłacanym wyłącznie raz w całym okresie ubezpieczenia (Świadczenie jednorazowe).
8. Wysokość Świadczenia jednorazowego jest zgodna z aktualnym Harmonogramem spłat Kredytu i jest równa Udziałowi procentowemu Ubezpieczonego w najbliższej Racie przypadającej po dacie Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej, jednakże w kwocie nie wyższej niż 30 000 PLN. W przypadku, gdy najbliższa Rata jest wyższa niż 30 000 PLN, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie jednorazowe w ramach należnej Raty w wysokości 30 000 PLN.
9. Świadczenie jednorazowe jest należne w dacie wymagalności najbliższej spłaty Raty po uzyskaniu statusu Poszukującego pracy, o ile Ubezpieczony posiada nadal ten status w dacie wymagalności Raty.

## ROZDZIAŁ 11 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU INWALIDZTWA

### § 11.

1. Świadczenie z tytułu Inwalidztwa, ustalone jest jako procent Sumy ubezpieczenia przypisany do danego zdarzenia zgodnie z poniższą Tabelą (Sumę ubezpieczenia przyjmuje się zgodnie z definicją OWU, w wysokości aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Inwalidztwa) i wypłacane w wysokości określonej w ust. 2:

Procent sumy ubezpieczenia

1) Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	
a) ramię na wysokości barku	65%
b) ramię powyżej łokcia	60%
c) przedramię lub dłoń na wysokości nadgarstka	55%
d) nogi powyżej połowy uda	75%
e) nogi do wysokości poniżej połowy uda	60%
f) stopy na wysokości kostki	50%
g) stopy z pozostawieniem pięty	25%
2) Całkowita fizyczna utrata:	
a) kciuka	20%
b) palca u ręki	7%
c) palca u stopy	3%
3) Całkowita utrata:	
a) wzroku	100%
b) wzroku w jednym oku	40%
c) słuchu w obu uszach	100%
d) mowy	100%

2. Wysokość Świadczenia, o którym mowa ust. 1 zależy od zakresu ubezpieczenia:
  - 1) Ubezpieczeni od zdarzenia Utraty pracy lub Utraty dochodu z Działalności gospodarczej - Świadczenie należne jest w zakresie wynikającym z pkt 1 Tabeli wymienionej w ust. 1,
  - 2) Ubezpieczeni od zdarzenia Utraty Innej pracy zarobkowej - Świadczenie należne jest w pełnym zakresie wynikającym z pkt 1-3 Tabeli wymienionej w ust. 1,
  - 3) Udziału procentowego Ubezpieczonego w ramach Sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Inwalidztwa w okresie ochrony.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Inwalidztwa wypłacane jest pod warunkiem, że:
  - 1) Inwalidztwo nastąpi w terminie do 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną Inwalidztwa,
  - 2) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Inwalidztwa wystąpił w okresie ochrony.
4. Jeżeli Inwalidztwo Ubezpieczonego, będące następstwem jednego lub kilku Nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego

- lub kilku narządów określonych w ust. 1, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia równe kwocie wyliczonej w oparciu o sumę wskazań procentowych, zgodnie z ust. 1, z uwzględnieniem Udziału procentowego tego Ubezpieczonego w Sumie ubezpieczenia.
- Suma wskazań procentowych, określonych w ust. 4, będących podstawą do wypłacenia Świadczenia z tytułu Inwalidztwa dla danego Ubezpieczonego, w całym okresie ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100 % Sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem Udziału procentowego tego Ubezpieczonego w Sumie ubezpieczenia.
  - W przypadku wystąpienia Inwalidztwa w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie wyliczone w oparciu o najwyższe ze wskazań procentowych, wskazanych w ust. 1, które dotyczą tego narządu, z uwzględnieniem Udziału procentowego tego Ubezpieczonego w Sumie ubezpieczenia.
  - Jeżeli wskutek Nieszczęśliwego wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci Inwalidztwa, a stanem istniejącym bezpośrednio przed Nieszczęśliwym wypadkiem którego skutkiem jest Inwalidztwo..

## ROZDZIAŁ 12 ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO

### § 12.

- W przypadku Leczenia szpitalnego Ubezpieczonego trwającego nieprzerwanie od 8 do 30 dni, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w kwocie odpowiadającej wysokości Udziału procentowego tego Ubezpieczonego w najbliższej Racie, zgodnej z aktualnym Harmonogramem spłat przypadającej pod dniu przyjęcia do Szpitala, jednak nie większej niż 30 000 zł (jednorazowe świadczenie szpitalne).
- W przypadku, gdy Leczenie szpitalne Ubezpieczonego trwa nieprzerwanie powyżej 30 dni, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie za każdy dzień pobytu w Szpitalu powyżej 30 dnia (świadczenie dzienne szpitalne). Świadczenie dzienne równe jest kwocie Raty, o której mowa w ust. 1, podzielonej przez 30, jednak nie więcej niż 1 000 PLN za każdy dzień Leczenia szpitalnego. Świadczenie dzienne podlega Udziałowi procentowemu.
- Świadczenia, o których mowa w ust. 1 i 2, wypłacane są maksymalnie za 90 dni Leczenia szpitalnego, a ponadto świadczenia z ust. 1 lub 2 nie przysługują za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w Leczeniu szpitalnym na skutek udzielenia Ubezpieczonemu przepustki.
- Łączna kwota Świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu Leczenia szpitalnego w okresie ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty 90 000 PLN niezależnie od liczby Ubezpieczonych oraz bez względu na ilość przypadków Leczenia szpitalnego.

## ROZDZIAŁ 13 POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

### § 13.

- W razie wystąpienia któregośkolwiek ze Zdarzeń ubezpieczeniowych określonych w § 3 ust. 2 objętych ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zgłosić powyższe do Ubezpieczyciela telefonicznie na numer infolinii 81 535 67 66 lub pisemnie. Formularz zgłoszenia roszczenia dostępny jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl) lub w placówkach Banku.
- W terminie 7 (siedmiu) dni kalendarzowych od dnia otrzymania powyższego zawiadomienia, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego o rejestracji zgłoszenia oraz podejmie postępowanie likwidacyjne dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia. Ponadto poinformuje Ubezpieczonego występującego z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 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.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wydania decyzji o przyznaniu lub odmowie Świadczenia oraz wypłaty przysługującego

Świadczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

- Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 powyżej, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 (czternastu) dni kalendarzowych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 3 powyżej.
- Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie:
  - osobę zgłaszającą roszczenie oraz
  - Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
- Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel powinien poinformować o tym na piśmie:
  - osobę występującą z roszczeniem oraz
  - 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.

- Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel powinien poinformować o tym na piśmie:
  - osobę występującą z roszczeniem oraz
  - 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.
- 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 lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
- 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.
- Osoby, o których mowa w ust. 8 i 9 mają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów wynikających z udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile taki wniosek złożą do Rzecznika Finansowego lub innego organu reprezentującego interesy uprawnionych z Umowy Ubezpieczenia lub ochrony konsumentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
- Świadczenie jest wypłacane w polskich złotych Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia, w tym Bankowi w zakresie i wysokości wynikającej z umowy cesji.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest udostępnić wszystkim Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia informacje i dokumenty zgromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Ww. osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczony obowiązany jest osobiście lub za pośrednictwem Ubezpieczającego zgłaszać Ubezpieczycielowi lub jego Agentowi informację o wydaniu decyzji przez odpowiedni organ ustalającej prawa do Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego lub ich zmiany, o ile to ma wpływ na ustalenie jego odpowiedzialności z Umowy Ubezpieczenia.

## ROZDZIAŁ 14 DOKUMENTACJA NIEZBĘDNA DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA

### §14.

- W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu ustalenia okoliczności i przyczyn zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, w tym umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do tych okoliczności i przyczyn,
  - dokonać zgłoszenia roszczenia telefonicznie lub na formularzu Ubezpieczyciela, który dostępny jest na stronie [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl) lub w placówkach Agenta,



- 3) w przypadku wystąpienia zdarzenia polegającego na Utracie pracy po każdorazowym wystąpieniu zdarzenia dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
  - a) ostatnią umowę na podstawie której zawarto Stosunek pracy (tzn. Umowa o pracę, spółdzielcza umowa o pracę, akt powołania, akt nominacyjny, dokument wyboru na stanowisko - mandat, Kontrakt menedżerski, Kontrakt marynarski, Kontrakt żołnierski),
  - b) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu Stosunku pracy,
  - c) decyzja lub zaświadczenie z urzędu pracy o uzyskaniu statusu Bezrobotnego,
  - d) a ponadto przed każdorazową wypłatą kolejnego Świadczenia miesięcznego potwierdzenie z urzędu pracy o pozostawaniu Bezrobotnym lub dowód pobrania zasiłku dla Bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności Raty.
- 4) w przypadku wystąpienia zdarzenia polegającego na Utracie dochodu z Działalności gospodarczej po każdorazowym wystąpieniu zdarzenia dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
  - a) gdy Działalność gospodarcza prowadzona jest przez osobę fizyczną:
    - pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o złożeniu wniosku o wykreślenie jego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej („CEIDG”) lub zaświadczenie potwierdzające złożenie ww. wniosku,
  - b) gdy Działalność gospodarcza prowadzona jest w formie spółki osobowej:
    - pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o złożeniu wniosku o otwarcie likwidacji spółki osobowej wraz z kopią wniosku do sądu lub prawomocne postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości lub prawomocne postanowienie sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
    - dokumenty potwierdzające rozwiązanie spółki osobowej zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych oraz kopię wniosku o wykreślenie z KRS wraz z prezentatą sądu do którego wniosek został złożony lub prawomocne postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości lub prawomocne postanowienie sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
  - c) decyzja lub zaświadczenie z urzędu pracy o uzyskaniu statusu Bezrobotnego,
  - d) a ponadto przed każdorazową wypłatą kolejnego Świadczenia miesięcznego potwierdzenie z urzędu pracy o pozostawaniu Bezrobotnym lub dowód pobrania zasiłku dla Bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności Raty.
- 5) w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie dochodu z Innej pracy zarobkowej po każdorazowym wystąpieniu zdarzenia dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
  - a) dokument potwierdzający zatrudnienie (tzn. umowa zlecenia, umowa o dzieło, umowa agencyjna, umowa o pracę lub inny dokument potwierdzający Stosunek pracy),
  - b) oświadczenie zlecającego usługi o rozwiązaniu umowy zatrudnienia,
  - c) decyzja lub zaświadczenie z urzędu pracy o uzyskaniu statusu Poszukującego pracę w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Inwalidztwie w następstwie Nieszczęśliwego wypadku dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
    - a) dokument potwierdzający rodzaj zatrudnienia (źródło dochodu),
    - b) dokumentacja medyczna określająca rodzaj uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, kwalifikowane jako Inwalidztwo,
- 7) w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
  - a) karta wypisu ze szpitala,
  - b) dokumentacja medyczna określająca rodzaj i przyczynę leczenia szpitalnego,
- 8) dodatkowo w przypadku zdarzeń powstałych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
  - a) dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (protokoły powypadkowe policji lub dokumenty sporządzone przez prokuraturę, sąd, straż pożarną lub służby BHP, jeśli było prowadzone postępowanie dotyczące wypadku),
  - b) kopia prawa jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i ubezpieczony był kierującym pojazdem (w przypadku braku prawa jazdy wymagany jest sporządzony przez policję lub prokuraturę dokument zawierający informację, że ubezpieczony prowadził pojazd mając odpowiednie uprawnienia).
2. Ponadto, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na pozyskanie przez Ubezpieczyciela dokumentów z Banku, do każdego zgłoszenia roszczenia należy dołączyć następującą dokumentację bankową:
  - 1) kopię Umowy kredytu wraz z aneksami (jeżeli takie wystąpiły),
  - 2) aktualny na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Harmonogram spłat,
  - 3) zaświadczenie z Banku o wysokości Salda zadłużenia na dzień powstania Nieszczęśliwego wypadku.
3. W uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczyciel uprawniony jest do wystąpienia o przedłożenie innych dokumentów i informacji niż wskazane w ust. 1 powyżej, o ile z dostarczonych wcześniej dokumentów nie udało się jednoznacznie ustalić odpowiedzialności ubezpieczeniowej lub wysokości Świadczenia oraz jeżeli nie może uzyskać takich dokumentów na podstawie przepisów o których mowa w ustępie 2. Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego lub Bank na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę o dodatkowych dokumentach, jakie są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji informacji i dokumentów dostarczonych przez Ubezpieczonego w granicach przewidzianych prawem lub na podstawie zgody Ubezpieczonego.

## ROZDZIAŁ 15 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA SKUTEK ODSTĄPIENIA, WYPOWIEDZENIA LUB REZYGNACJI

### § 15.

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku udostępnienia przez Ubezpieczyciela lub jego Agenta możliwości zawarcia Umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU bez jednoczesnej obecności stron Ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydzieści) dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub od dnia doręczenia mu informacji, które należy przekazać Ubezpieczającemu na podstawie przepisów dotyczących ochrony praw konsumentów w razie zawarcia umowy na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy.
3. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia złożyć pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, po upływie okresu o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony nie będący ubezpieczającym ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia złożyć pisemne oświadczenie o wystąpieniu (rezygnacji) z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem natychmiastowym. Złożenie przez ubezpieczającego będącego kredytobiorcą oświadczenia o odstąpieniu od umowy kredytu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

## ROZDZIAŁ 16 SKARGI I REKLAMACJE

### § 16.

1. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia lub osoba, której ubezpieczyciel/agent ubezpieczeniowy złożył propozycję zawarcia umowy, zwany w dalszej części niniejszego paragrafu skarżącym, uprawniony jest do złożenia reklamacji dotyczącej jakości usług świadczonych przez ubezpieczyciela lub jego agenta ubezpieczeniowego albo działalności prowadzonej przez ubezpieczyciela, jak również skargi dotyczącej zawarcia i realizacji umowy ubezpieczenia, w tym skargi lub zażalenia na decyzję o odmowie przyznania odszkodowania lub świadczenia w całości lub w części, zwanych dalej łącznie „skargami”.

2. Skargi wynikające z realizacji umowy ubezpieczenia można składać osobiście albo pisemnie na adres ubezpieczyciela albo telefonicznie na numer 81 535 67 66 albo za pośrednictwem formularza reklamacyjnego zamieszczonego na stronie internetowej: [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl).
3. Skarżący ma prawo złożyć skargę za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do skargi załącza pełnomocnictwo udzielone w zwykłej formie pisemnej przez skarżącego.
4. Złożenie skargi niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia skarżącego ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi.
5. Skarżący może podać inne dane obok imienia, nazwiska oraz adresu zamieszkania, w celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania skargi i wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości przed udzieleniem odpowiedzi przez ubezpieczyciela.
6. Na żądanie skarżącego, ubezpieczyciel wystawia potwierdzenie wpłynięcia skargi pisemnie lub w formie wskazanej przez skarżącego.
7. Odpowiedź na skargę powinna zostać udzielona nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania skargi, przy czym termin na rozpatrzenie skargi rozpoczyna swój bieg od dnia następnego po dniu otrzymaniu skargi.
8. Jeżeli w terminie określonym w ust. 7, ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia skargi okazałoby się niemożliwe, ubezpieczyciel powiadomi skarżącego o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu wskazując okoliczności, które jeszcze powinny zostać ustalone oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę, jednak nie późniejszy niż 60 (sześćdziesiąt) dni od dnia otrzymania skargi.
9. Skarżący zostanie powiadomiony o jej rozpatrzeniu w formie pisemnej lub w innej formie (telefonicznie, faxem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej) wybranej poprzez jej określenie w treści skargi i wskazanie odpowiednio: numeru telefonu, numeru faksu lub adresu e-mail. Odpowiedź na skargę zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą trwałego nośnika informacji (nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtworzenie przechowywanych informacji w niezminionej postaci) lub na wniosek skarżącego pocztą elektroniczną.
10. Odpowiedź na skargę zawiera odniesienie się do zarzutów skarżącego oraz uzasadnienie faktyczne i prawne stanowiska ubezpieczyciela, a w przypadku nieuwzględnienia skargi w całości lub w części dodatkowo wskazuje sposoby odwołania się od decyzji ubezpieczyciela, zgodnie z ust. 11. Odpowiedź zostaje podpisana przez umocowanego pracownika ze wskazaniem jego imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.
11. Skargi wynikające z realizacji umowy ubezpieczenia mogą być kierowane również do Rzecznika Finansowego lub do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
12. Ubezpieczyciel informuje, iż podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
13. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania skarg publikowane są dodatkowo na stronie internetowej [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl) oraz dostępne w jednostkach organizacyjnych agenta ubezpieczeniowego za pośrednictwem, którego zawarto umowę ubezpieczenia.
14. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy stronami w zakresie wynikającym z realizacji umowy ubezpieczenia jest język polski.
15. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, który wyczerpał drogę postępowania reklamacyjnego przed Ubezpieczycielem, może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego (<https://rf.gov.pl/>) o pozasądowe rozwiązanie sporu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

## ROZDZIAŁ 17 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 17.

1. Korespondencja pomiędzy stronami Umowy ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres drugiej Strony. Strona Umowy ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania drugiej strony Umowy ubezpieczenia o zmianie swoich danych adresowych.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego, Kodeksu pracy, Kodeksu spółek handlowych, ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, które posiada w związku z zawartą Umową ubezpieczenia.
4. Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu PKO Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej w dniu 11 grudnia 2018 roku i wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

W imieniu i na rzecz PKO Towarzystwo Ubezpieczenia S.A.:

*Stawomir Łopalewski*

Prezes Zarządu  
Stawomir Łopalewski

*Leszek Skop*

Członek Zarządu  
Leszek Skop