

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SPŁATY KREDYTU
HIPOTECZNEGO, POŻYCZKI HIPOTECZNEJ NA
WYPADEK UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU, POWAŻNEGO
ZACHOROWANIA, POBYTU W SZPITALU W
NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**



Ubezpieczenia

dla Klientów PKO Banku Polskiego SA lub PKO Banku Hipotecznego SA

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3 ust. 1 i 2, § 11, § 12, § 13, § 14 WU, w związku z § 2 WU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§5 ust. 2 § 6 § 7 § 10, § 11 ust. 4,5,6 § 12 ust.1, 3 § 13 ust. 3 i 4 WU, w związku z § 2 WU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego, pożyczki hipotecznej na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów PKO Banku Polskiego SA lub PKO Banku Hipotecznego SA (dalej „OWU”), Kredytobiorcy mogą zawrzeć Umowę Ubezpieczenia na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z PKO Towarzystwo Ubezpieczeń SA w zakresie ryzyk: Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (dalej „Umowa Ubezpieczenia”).

§ 2. DEFINICJE

Użyte w OWU definicje mają następujące znaczenie:

- 1) **Akt Terroryzmu** – użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej;
- 2) **Bank** - PKO Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie albo PKO Bank Hipoteczny Spółka Akcyjna z siedzibą w Gdyni;
- 3) **Bezrobotny z Prawem do Zasiłku** – osoba fizyczna mająca status bezrobotnego z prawem do zasiłku zgodnie z przepisami dotyczącymi promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- 4) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 5) **Działalność gospodarcza** – zorganizowana działalność zarobkowa prowadzona zgodnie z ustawą Prawo przedsiębiorców, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły przez Ubezpieczonego będącego osobą fizyczną lub działającego w formie spółki osobowej, podlegająca wpisowi do właściwego rejestru w Rzeczypospolitej Polskiej, z wyłączeniem działalności, o której mowa w art. 5 i art. 6 ust. 1 ustawy Prawo przedsiębiorców;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego** – w zależności od ryzyka jeden z poniższych dni zaistniałych w Okresie Ochrony. W przypadku:
 - a) Utraty Źródła Dochodu - dzień uzyskania statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku,
 - b) Poważnego Zachorowania - w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - i) dla operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych oraz transplantacji głównych narządów – dzień dokonania tego zabiegu operacyjnego,
 - ii) dla zaawansowanej niewydolności nerek – dzień wystawienia po raz pierwszy zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki,
 - iii) dla zaawansowanego nowotworu złośliwego – data wyniku badania histopatologicznego, potwierdzającego obecność zaawansowanego nowotworu złośliwego po raz pierwszy,
 - iv) udar mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym lub zawał serca z uniesieniem odcinka ST- dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę,
 - c) Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją medyczną;
- 7) **Kredyt** – kredyt lub pożyczka zabezpieczone hipoteką udzielona Kredytobiorcy przez PKO Bank Polski SA albo kredyt zabezpieczony hipoteką udzielony Kredytobiorcy przez PKO Bank Hipoteczny SA;
- 8) **Kwota Kredytu**:
 - a) kwota udzielonego Kredytu określona w umowie Kredytu – jeżeli do zawarcia Umowy Ubezpieczenia dochodzi nie później niż do momentu wypłaty całkowitej kwoty Kredytu lub jego części,
 - b) saldo Zadłużenia na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia – jeżeli do zawarcia Umowy Ubezpieczenia dochodzi po dniu wypłaty całkowitej kwoty Kredytu lub jego części;
- 9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła umowę Kredytu z PKO Bankiem Polskim SA albo PKO Bankiem Hipotecznym SA;
- 10) **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - c) nastąpiło w trakcie Okresu Ochronya skutki zdarzenia pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z Przyczyną Zewnętrzną;
- 11) **Okres Ochrony** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Zdarzeń Ubezpieczeniowych;

- 12) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – trwający nieprzerwanie co najmniej 4 (cztery) dni pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w Okresie Ochrony, którego celem jest leczenie następstw Nieszczęśliwego Wypadku;
- 13) **Poważne Zachorowanie** – zajście w Okresie Ochrony jednego z poniżej określonych zdarzeń, potwierdzone przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny:
 - a) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass)** – dokonanie w działającym zgodnie z prawem Szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Z zakresu ubezpieczenia **wyłączone zostają** wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeskórnej;
 - b) **udar mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym** – nagłe zaburzenia w krążeniu mózgowym, polegające na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału pochodzenia pozaczaszkowego, powodujące następstwa neurologiczne utrzymujące się co najmniej 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. Z zakresu ubezpieczenia **wyłączone zostają** objawy mózgowe związane z tzw. „przemijającym niedokrwieniem mózgu”, z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu, a także schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsińkowego oraz mikroudary tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
 - c) **zawał serca z uniesieniem odcinka ST** – 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 poniżej wymienionych objawów:
 - i) typowe objawy bólu w klatce piersiowej lub ich odpowiedniki,
 - ii) pojawienie się nowych zmian w EKG, typowych dla zawału serca,
 - iii) podwyższony poziom we krwi enzymów wskaźnikowych zawału serca z uniesieniem odcinka ST np: CK(MB), CPK, mioglobina, troponiny;Za zawał serca z uniesieniem odcinka ST nie uznaje się:
 - i) zawału serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI),
 - ii) innych ostrych zespołów wieńcowych (np. niestabilnej choroby wieńcowej),
 - iii) bezobjawowych zawałów serca;
 - d) **transplantacja głównych narządów** – operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą Ubezpieczony przeżył w charakterze biorcy;
 - e) **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;
 - f) **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 nowotwory układu limfatycznego oraz białaczki, z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej; obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego. Nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu OWU stwierdzenie u Ubezpieczonego występowania następujących wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych:
 - i) guzów opisywanych jako raki in situ, w tym dysplazja szyjki CIN - 1, CIN - 2, CIN - 3 lub histologicznie opisywanych jako zmiany przedinwazyjne,
 - ii) czerniaków złośliwych o maksymalnej grubości poniżej 1,5 mm określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowanych poniżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a,
 - iii) nowotworów podstawnokomórkowych skóry oraz zmian opisywanych jako hiperkeratozy,
 - iv) nowotworów płaskonabłonkowych skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów,
 - v) choroby Hodgkina w pierwszym stadium,
 - vi) mięsaków Kaposi'ego i innych guzów związanych z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS,

- vii) nowotworów prostaty histologicznie opisywanych jako T1 w Klasyfikacji TNM łącznie z T1(a) lub T1(b) lub równoważnych według innej klasyfikacji;
- 14) **Przyczyna Zewnętrzna** – działanie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które spowodowało powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów);
- 15) **Rata Bieżąca** – rata kapitałowo-odsetkowa Kredytu wynikająca z bieżącego harmonogramu, której płatność przypada w Okresie Ochrony;
- 16) **Szpital** – działająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, placówka zamkniętej opieki zdrowotnej, której zadaniem jest udzielenie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca personel medyczny. W rozumieniu niniejszych WU Szpitalem nie jest: dom opieki, ośrodek lub szpital dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgnarska, hospicjum, ośrodek leczenia 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, szpital rehabilitacyjny, szpitalne oddziały rehabilitacyjne, oddziały dziennego pobytu, zakłady opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego;
- 17) **Stosunek pracy** – zatrudnienie na podstawie umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę, stosunku służbowego: mianowania, powołania, wyboru, kontraktu menadżerskiego, kontraktu żołnierskiego, do których zastosowanie mają przepisy prawa polskiego;
- 18) **Suma Ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, która jest równa 40% Kwoty Kredytu, jednak nie więcej niż 1 200 000 PLN;
- 19) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, będący stroną Umowy Ubezpieczenia, zobowiązany do zapłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 20) **Ubezpieczony** – wskazany we wniosko-polisie Kredytobiorca, któremu jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa;
- 21) **Udział Procentowy** – aktualny na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego udział danego Ubezpieczonego w Sumie Ubezpieczenia lub limicie kwotowym świadczenia. Udział Procentowy jest równy 100%, gdy ochroną objęty jest jeden Ubezpieczony. W przypadku gdy na podstawie Umowy Ubezpieczenia ochroną objętych jest więcej niż jeden Ubezpieczony, Udział Procentowy obliczany jest proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną. W przypadku trzech Ubezpieczonych Udział Procentowy dzieli się następująco: Udział Ubezpieczającego wynosi 34%, a pozostałych Ubezpieczonych po 33%;
- 22) **Utrata Źródła Dochodu** – ryzyko Utraty zatrudnienia lub Utraty dochodu z Działalności gospodarczej;
- 23) **Utrata dochodu z Działalności gospodarczej** – utrata dochodu z Działalności gospodarczej spowodowane sytuacją losową, niezależną od woli Ubezpieczonego, o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
 - a) nastąpiło Zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej w Okresie Ochrony,
 - b) Ubezpieczony nie prowadzi jakiegokolwiek Działalności gospodarczej ani nie posiada źródła zatrudnienia wymienionego w pkt 24,
 - c) Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku;
- 24) **Utrata zatrudnienia** – utrata dochodu z tytułu Stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej, do której zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego lub kontraktu marynarskiego, do którego stosuje się postanowienia układu pracy zatwierdzone przez International Transport Workers' Federation (ITF), oraz zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
 - a) zatrudnienie ustało na skutek oświadczenia woli złożonego po zawarciu Umowy Ubezpieczenia w Okresie Ochrony,
 - b) Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku;
- 25) **Zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej** – data wykreślenia prowadzenia Działalności gospodarczej odnotowana w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG). Zawieszenie Działalności gospodarczej nie stanowi Zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej;
- 26) **Zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego** – zaświadczenie, na podstawie którego ustala się wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Poważnego Zachorowania, zgodnie z postanowieniami § 12 ust. 1. W przypadku:
 - a) emerytów i rencistów – zaświadczenie z ZUS lub innego organu rentowego o przyznaniu emerytury lub renty,

- b) rolników i małżonków rolników – zaświadczenie z KRUS o opłaceniu składek na KRUS,
 - c) pracujących w ramach Stosunku pracy – zaświadczenie/a od pracodawcy/ów, z którego/ych wynika długość zatrudnienia w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - d) pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej – wypełnione oświadczenie zawarte w formularzu świadczeniowym,
 - e) prowadzących działalność gospodarczą – wypis z CEIDG lub rejestru przedsiębiorców KRS lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru;
- 27) **Zamieszki** – gwałtowne demonstracje, zakłócenia porządku publicznego, wrogie akcje grupy osób wymierzone przeciwko władzy lub innej grupie osób lub mające na celu zmianę istniejącego porządku, lub osiągnięcie oznaczonych celów;
- 28) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – niezależne od woli Ubezpieczonego, jedno ze zdarzeń określonych w § 3.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego albo zdrowie Ubezpieczonego i źródło jego dochodu, zgodnie z zakresem ubezpieczenia i przynależności do określonych poniżej grup ubezpieczeniowych („Grupy”):
 - 1) **Grupa I:** Ubezpieczony, który w okresie ostatnich 18 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego był zatrudniony lub prowadził Działalność gospodarczą przez co najmniej 12 miesięcy - **objęty jest ochroną w zakresie Poważnego Zachorowania, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku oraz w zakresie ryzyka Utraty Źródła Dochodu pod warunkiem uzyskania statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku;**
 - 2) **Grupa II:** Ubezpieczony, który:
 - a) ma status emeryta lub rencisty, albo
 - b) jest rolnikiem lub małżonkiem/małżonką rolnika, albo
 - c) nie uzyskuje dochodu z Działalności gospodarczej lub Stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej albo w okresie ostatnich 18 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego pracował krócej niż 12 miesięcy, albo
 - d) uzyskuje dochód poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej i ma zawartą umowę na podstawie prawa obcego, ale mieszka na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej **objęty jest ochroną w zakresie Poważnego Zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.**
2. Na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczony kwalifikowany jest do Grupy I albo Grupy II, o których mowa w ust. 1. Grupa ulega zmianie w przypadku zmiany kryteriów przynależności do danej Grupy po stronie Ubezpieczonego. Ostateczna weryfikacja przynależności do danej Grupy dokonywana jest na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
3. Kwalifikacja do danej Grupy wpływa na wysokość świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania zgodnie z § 12.

§ 4. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę Ubezpieczenia ma prawo zawrzeć Kredytobiorca, który ukończył 18 rok życia i jednocześnie w dniu zakończenia Umowy Ubezpieczenia nie ukończy 70 roku życia.
2. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
3. Do zawarcia Umowy Ubezpieczenia dochodzi, poprzez akceptację przez Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
4. Potwierdzeniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest dokument wniosko-polisy.
5. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na okres 4 lat.
6. W ramach jednej Umowy Ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksymalnie czterech Kredytobiorców, zawierających wspólnie umowę Kredytu.
7. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta na cudzy rachunek.

§ 5. OKRES OCHRONY

1. Okres Ochrony w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia następującego po dniu wypłaty Kredytu lub jego części nie wcześniej, niż od dnia następującego po dniu opłacenia składki ubezpieczeniowej.
2. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia stosuje się okres karencji, w czasie którego wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu Utraty źródła dochodu – w okresie 60 dni liczonych od zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) z tytułu Poważnego Zachorowania – w okresie 60 dni liczonych od zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

§ 6. ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

1. Okres Ochrony wobec danego Ubezpieczonego, kończy się:

- 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa w § 15.
2. Okres Ochrony wobec danego Ubezpieczonego, kończy się niezależnie od ust. 1, z chwilą wyczerpania łącznego limitu świadczeń określonego w § 10.

§ 7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli odpowiednio - Poważne Zachorowanie lub Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nastąpiły wskutek:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, działania energii jądrowej;
 - 2) świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w Zamieszkach lub w Aktach Terroryzmu;
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 4) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi co najmniej 0,2‰/∞o albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg/dcm³);
 - 5) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających (w tym leków), substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, chyba że Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej lub w przypadku leków niewymagających recepty zgodnie z zaleceniami producenta, dopuszczonych do obrotu na terytorium RP;
 - 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli nie posiadał on ważnych uprawnień wymaganych przez prawo o ruchu drogowym;
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, jazdy bobslejem, sportów walki, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków bungee, zorbingu, wyścigów samochodowych i motocyklowych (także amatorskich), rajdów lub akrobacji motorowych lub motorowodnych, wyścigów konnych, górskich sływów wodnych, nurkowania (z wyłączeniem amatorskiego nurkowania do 10 m głębokości), skoków do wody, żeglarstwa morskiego lub oceanicznego, paralotniarstwa, szybownictwa, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, myślistwa, spadochroniarstwa oraz wypraw na bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego, wyczynowego: kolarstwa, biegania lub uprawiania sportów drużynowych (przez osoby będące członkami związków i innych organizacji sportowych, w tym ich udział w nieprofesjonalnych zawodach sportowych);
 - 8) leczenia lub zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonych poza kontrolą osób uprawnionych;
 - 9) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu linii lotniczych uprawnionych do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów, bagażu, towarów lub poczty, stosownie do wymogów państwa siedziby linii lotniczych.
2. Jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub ich przedstawiciel podał niezgodne z prawdą informacje, o które Ubezpieczyciel pytał we wniosku albo w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, wówczas Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Zdarzenie Ubezpieczeniowe jeżeli jest ono następstwem okoliczności objętych pytaniem Ubezpieczyciela. Jeżeli do naruszenia obowiązków przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub ich przedstawiciela doszło z ich winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową Ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego Zachorowania, w przypadkach, o których w ust. 2 powyżej, a także w przypadku przewlekłej białaczki limfatycznej oraz wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych wskazanych w:
 - 1) § 2 pkt 13 lit. a zdanie drugie;
 - 2) § 2 pkt 13 lit. b zdanie trzecie;
 - 3) § 2 pkt 13 lit. c zdanie trzecie;
 - 4) § 2 pkt 13 lit. f zdanie drugie.

§ 8. SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

1. Składka ubezpieczeniowa stanowi iloczyn stawki ubezpieczeniowej i Kwoty Kredytu.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest niezależnie od liczby Ubezpieczonych w ramach jednej umowy Kredytu.

3. Składka ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego jednorazowo z góry, za cały Okres Ochrony w dniu wypłaty Kredytu lub jego części lub w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku odstąpienia albo rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony. Zwrot składki nie jest należny w sytuacji, o której mowa w § 15 ust. 8.

§ 9. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczający, lub inny uprawniony zobowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym i zgłosić roszczenie bezpośrednio do Ubezpieczyciela lub jego agenta. W celu zgłoszenia roszczenia można skorzystać z Formularza roszczenia dostępnego na stronie internetowej Ubezpieczyciela www.pkoubezpieczenia.pl lub w placówkach Banku. Zgłoszenie może być dokonane również telefonicznie na nr 81 535 67 66.
2. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel 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 Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania (siedziby): Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, spadkobiercy; Ubezpieczonego lub uprawnionego z nimi Umowy Ubezpieczenia.
7. Ubezpieczyciel zobowiązany jest udostępnić uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia informacje i dokumenty zgromadzone w celu ustalenia jego odpowiedzialności lub wysokości świadczenia.

§ 10. LIMIT ŚWIADCZEŃ

1. W całym Okresie Ochrony, łączny limit ilościowy świadczeń z Umowy Ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego, wynosi nie więcej niż:
 - 1) 12 świadczeń, bez względu na liczbę Zdarzeń Ubezpieczeniowych dla ryzyk: Utrata Źródła Dochodu oraz Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) 2 świadczenia, bez względu na liczbę Zdarzeń Ubezpieczeniowych dla ryzyka Poważne Zachorowanie.
2. W całym Okresie Ochrony, łączny maksymalny limit kwotowy świadczeń z Umowy Ubezpieczenia (bez względu na liczbę Ubezpieczonych) wynosi:
 - 1) 18% Kwoty Kredytu ale nie więcej niż 360 000 PLN dla ryzyk: Utrata Źródła Dochodu oraz Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) dla ryzyka Poważne Zachorowanie:
 - a) 16% Kwoty Kredytu ale nie więcej niż 320 000 PLN (Grupa I),
 - b) 26% Kwoty Kredytu ale nie więcej niż 520 000 PLN (Grupa II).

§ 11. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU

1. W przypadku wystąpienia Utraty Źródła Dochodu, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie miesięczne, o ile Ubezpieczony posiada status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku w dacie wymagalności Raty Bieżącej w Okresie Ochrony.
2. Pierwsze świadczenie miesięczne jest należne Ubezpieczonemu po 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania mu statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku.

3. Kolejne świadczenia miesięczne są należne jeżeli w dniu wymagalności kolejnej Raty Bieżącej w Okresie Ochrony Ubezpieczony posiada nieprzerwanie Status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku.
4. Wysokości świadczenia miesięcznego wyliczana jest jako iloczyn 1,5 % Kwoty Kredytu i Udziału Procentowego, jednak nie mniej niż wysokość iloczynu Raty Bieżącej przypadającej do zapłaty (w Okresie Ochrony) bezpośrednio po uzyskaniu Statusu Bezrobotnego z prawem do Zasiłku i Udziału Procentowego. Wysokość świadczenia nie może być wyższa niż 30 000 PLN.
5. Maksymalna liczba świadczeń dla pojedynczego Zdarzenia Ubezpieczeniowego: Utrata Źródła Dochodu wynosi 6 (sześć), jednak nie więcej niż łączny limit świadczeń z Umowy Ubezpieczenia wskazany w § 10 ust. 1 pkt 1 oraz w § 10 ust. 2 pkt 1.
6. Świadczenie miesięczne przestaje być należne i przestaje być wypłacane od dnia następującego po dniu (w zależności od tego, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze):
 - 1) nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń, przedemerytalnych, emerytalnych lub rentowych na podstawie decyzji organu rentowego, lub
 - 2) utraty przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku, lub
 - 3) rozwiązania umowy Kredytu niezależnie od przyczyny, lub
 - 4) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
6. W razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego: Utrata Źródła Dochodu, Ubezpieczony zobowiązany jest dokonać zgłoszenia roszczenia, zgodnie z § 9, oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi dokumenty i informacje dotyczące utraconego źródła dochodu:
 - 1) w przypadku pierwszego świadczenia miesięcznego - zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o wydaniu decyzji przyznającej Ubezpieczonemu status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku wraz z informacją, że Ubezpieczony posiadał ten status przez okres 30 dni od wydania ww. decyzji;
 - 2) w przypadku kolejnego świadczenia miesięcznego - zaświadczenie z powiatowego urzędu pracy o pozostawaniu Bezrobotnym z Prawem do Zasiłku lub dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności Raty Bieżącej;
 - 3) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia - w przypadku, gdy zdarzenie wystąpiło w okresie krótszym niż 90 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

§ 12. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. W przypadku wystąpienia Poważnego Zachorowania, świadczenie jest należne Ubezpieczonemu w wysokości zależnej od przynależności do Grupy, zgodnie z § 3 ust. 1, i jest równe:
 - 1) **Grupa I** – iloczynowi 8% Kwoty Kredytu i Udziału Procentowego, jednak nie więcej niż 160 000 PLN,
 - 2) **Grupa II** – iloczynowi 13% Kwoty Kredytu i Udziału Procentowego, jednak nie więcej niż 260 000 PLN,
2. Świadczenie jest płatne jednorazowo.
3. Ubezpieczyciel odpowiada maksymalnie za 2 (dwa) Zdarzenia Ubezpieczeniowe: Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego w całym Okresie Ochrony, z uwzględnieniem łącznego limitu świadczeń z Umowy Ubezpieczenia, wskazanego w § 10 ust. 1 pkt 2 oraz § 10 ust. 2 pkt 2.
4. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Poważnego Zachorowania osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wniosek o wypłatę świadczenia wraz z posiadanymi przez zgłaszającego lub uprawnionego następującymi dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia:
 - 1) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania w Okresie Ochrony wraz z opinią lekarza specjalisty;
 - 2) wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu;
 - 3) w przypadku Ubezpieczonych, którzy na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego mieli przynależność do Grupy II Ubezpieczonych, zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zgodnie z § 2 pkt 26.

§ 13. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Pierwsze świadczenie jest należne Ubezpieczonemu po 4 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Kolejne świadczenia należne są co 30 dni pod warunkiem, że Ubezpieczony przebywa nieprzerwanie w Szpitalu w następstwie tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Wysokości świadczenia miesięcznego wyliczana jest jako iloczyn 1,5 % Kwoty Kredytu i Udziału Procentowego, jednak nie mniej niż wysokość iloczynu Raty Bieżącej przypadającej do zapłaty

(w Okresie Ochrony) bezpośrednio po dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala i Udziału Procentowego. Wysokość świadczenia nie może być wyższa niż 30 000 PLN.

4. Maksymalna liczba świadczeń dla pojedynczego Zdarzenia Ubezpieczeniowego: Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wynosi 6 (sześć), jednak nie więcej niż łączny limit świadczeń z Umowy Ubezpieczenia wskazany w § 10 ust. 1 pkt 1 oraz § 10 ust. 2 pkt 1.
5. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku wraz z posiadanymi przez uprawnionego dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, tj.
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (Karta informacyjna leczenia szpitalnego) w Okresie Ochrony;
 - 2) dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego Wypadku (protokół policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie lub informację zawierającą numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie).

§ 14. DODATKOWA DOKUMENTACJA

1. Do zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony zobowiązany jest dodatkowo dołączyć:
 - 1) kopię umowy Kredytu,
 - 2) aktualne zawiadomienie o wysokości rat Kredytu chyba że Ubezpieczony wyraził zgodę na pozyskanie wymienionych dokumentów przez Ubezpieczyciela od Banku.
2. W uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczyciel uprawniony jest do wystąpienia o przedłożenie innych dokumentów i informacji, o ile z dostarczonych już dokumentów nie można ustalić odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.

§ 15. ODSTĄPIENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym.
3. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem doręczenia Ubezpieczycielowi lub agentowi pisemnego wypowiedzenia,
 - 2) z chwilą zgonu (w przypadku gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest tylko jeden Ubezpieczony),
 - 3) z dniem wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu,
 - 4) z dniem odstąpienia od umowy Kredytu,
 - 5) z dniem rozwiązania umowy Kredytu (niezależnie od przyczyny rozwiązania).
4. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wyczerpania limitu świadczeń zgodnie z § 10.
5. Ubezpieczony nie będący Ubezpieczającym ma prawo w każdym czasie złożyć pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem natychmiastowym.
6. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem Okresu Ochrony wobec wszystkich Ubezpieczonych wskazanych we wniosko-polisie.
7. W przypadku zgodnego oświadczenia Ubezpieczającego oraz wszystkich Ubezpieczonych, zawartego we wniosko-polisie, wystąpienie (rezygnacja) z ubezpieczenia jednego z Ubezpieczonych niebędących Ubezpieczającym, skutkuje rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia.
8. W przypadku zgodnego oświadczenia złożonego we wniosko-polisie przez Ubezpieczającego oraz wszystkich 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.

§ 16. REKLAMACJE I SKARGI

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony, uprawniony z Umowy Ubezpieczenia lub poszukujący ochrony ubezpieczeniowej może złożyć reklamację (w rozumieniu przepisów o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym) dotyczącą usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym udzielanej przez niego ochrony ubezpieczeniowej.
2. Reklamacje, skargi i zażalenia można składać w każdej jednostce Ubezpieczyciela, w tym za pośrednictwem agenta działającego w jego imieniu:
 - 1) w formie pisemnej - osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów dotyczących Prawa pocztowego;
 - 2) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela;

- 3) w formie elektronicznej - za pośrednictwem formularza kontaktowego zamieszczonego na stronie internetowej: www.pkoubezpieczenia.pl.
3. Odpowiedź na reklamację powinna zostać wysłana przez Ubezpieczyciela niezwłocznie, w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia jej otrzymania.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia reklamacji okazałoby się niemożliwe, Ubezpieczyciel powiadomi składającego reklamację wyjaśniając przyczynę opóźnienia i wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy oraz określając przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie późniejszy niż 60 dni, od dnia otrzymania reklamacji.
5. Składający reklamację zostanie powiadomiony o rozpatrzeniu reklamacji w formie wybranej przez siebie poprzez jej określenie w treści reklamacji lub wskazanie numeru telefonu, adresu e-mail lub adresu korespondencyjnego, na który ma zostać przesłane powiadomienie o rozpatrzeniu reklamacji.
6. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, natomiast za pośrednictwem poczty elektronicznej - wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
7. Skargi lub zażalenia nie będące reklamacjami w rozumieniu ust. 1 Ubezpieczyciel rozpatruje w terminie 30 dni od ich otrzymania.
8. Jeżeli w terminie określonym w ust. 7 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia 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 lub zażalenie, jednak nie późniejszy niż 60 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi KNF.
10. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania reklamacji publikowane są na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.
11. 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.
12. Konsumentom mogą również zwrócić się z wnioskiem o pomoc lub interwencję do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.


§ 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawo Rzeczypospolitej Polskiej stanowi podstawę dla stosunków pomiędzy Ubezpieczającym, a agentem i Ubezpieczycielem przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia oraz do realizacji praw wynikających z Umowy Ubezpieczenia pomiędzy danym Ubezpieczycielem a uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia.
2. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz do realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
3. Strony Umowy Ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania się o zmianie swoich danych adresowych.
4. Ubezpieczyciel, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy danych, które przetwarza w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.

§ 18. ZATWIERDZENIE OWU

Ogólne Warunki Ubezpieczenia spłaty kredytu hipotecznego, pożyczki hipotecznej na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku dla Klientów PKO Banku Polskiego SA lub PKO Banku Hipotecznego SA, zatwierdzone w dniu 28 maja 2019 r. przez Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń SA.

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



Prezes Zarządu
Sławomir Łopalewski



Członek Zarządu
Tomasz Mańko