

WARUNKI UBEZPIECZENIA „OCHRONA DLA CIEBIE +”



Ubezpieczenia

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3, § 9, § 10, §11, §12, §13, w związku z §2 WU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 4 ust. 2 i 3, §5, §6, §7 ust. 6 i 7, § 11 ust. 4, § 12 ust. 2, 3, 10, 14, w związku z § 2 WU

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Warunki ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie +” obejmują warunki ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Zgonu Ubezpieczonego, Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (dalej „WU”).

§ 2. DEFINICJE

Użyte w WU 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. **Badania specjalistyczne** – Biopsja, RTG, CT, MRI, wykonywane u Ubezpieczonego na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego;
3. **Bank** - PKO Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
4. **Centrum Pomocy** - podmiot, realizujący na zlecenie Ubezpieczyciela świadczenia w ramach Pakietu Pomocowego;
5. **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, lub zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
6. **Diagnostyka laboratoryjna** - mocz (badanie ogólne), OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorganiczny, magnez, CRP ilościowo, HBs przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21, wykonywane u Ubezpieczonego na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego;
7. **Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego** - w zależności od ryzyka jeden z poniższych dni zaistniały w Okresie Ochrony:
 - 1) Zgon Ubezpieczonego - dzień zgonu Ubezpieczonego wskazany w akcie zgonu,
 - 2) Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego - w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych oraz transplantacji głównych narządów – dzień dokonania u Ubezpieczonego zabiegu operacyjnego,
 - dla zaawansowanej niewydolności nerek – dzień wystawienia zaświadczenia o zakwalifikowaniu

Ubezpieczonego do dializoterapii lub do przeszczepu nerki,

- dla zaawansowanego nowotworu złośliwego – data wyniku badania histopatologicznego, potwierdzającego po raz pierwszy obecność u Ubezpieczonego zaawansowanego nowotworu złośliwego,
 - dla udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym lub zawału serca z uniesieniem odcinka ST- dzień postawienia Ubezpieczonemu diagnozy przez lekarza specjalistę;
- 3) Uraz w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – dzień zajścia Nieszczęśliwego Wypadku powodującego u Ubezpieczonego powstanie urazu;
 8. **Konsultacje lekarskie** – wizyty u lekarzy specjalistów na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego Ubezpieczającego;
 9. **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - 1) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) jest wywołane Przyczyną Zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego,
 - 3) nastąpiło w Okresie Ochrony a skutki tego zdarzenia pozostają w adekwatnym związku przyczynowym z Przyczyną Zewnętrzną;
 10. **Okres Ochrony** – okres wskazany we wniosko-polisie, w którym wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego skutkuje odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, o ile Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego wystąpi w tym okresie;
 11. **Pakiet Pomocowy** – pakiet świadczeń, z których może korzystać Ubezpieczony w przypadku wystąpienia Poważnego Zachorowania lub Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 12. **Pierwotny Harmonogram** – harmonogram określający terminy płatności Rat i ich wysokości oraz saldo zadłużenia po spłacie każdej Raty, wynikający z umowy Pożyczki Gotówkowej na dzień jej zawarcia;
 13. **Pierwotny Udział Procentowy** - ustalany w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia udział danego Pożyczkobiorcy w Sumie Ubezpieczenia równy 100% - gdy ochroną objęty jest jeden Ubezpieczony albo 50% -gdy ochroną objętych jest dwóch Ubezpieczonych;

14. **Pożyczka Gotówkowa** – pożyczka gotówkowa udzielona Pożyczkobiorcy, będącemu osobą fizyczną, który zawarł z PKO Bankiem Polskim SA umowę Pożyczki Gotówkowej;
15. **Poważne Zachorowanie** – zajście u Ubezpieczonego jednego z poniższych zdarzeń, w Okresie Ochrony:
- 1) **operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych** (bypass) – dokonanie w 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. Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu WU wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszłonkowej;
 - 2) **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. Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu WU: objawy mózgowie 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 przedślonkowego oraz mikrodary tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
 - 3) **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 z wymienionych niżej objawów:
 - typowe objawy bólu w klatce piersiowej lub ich odpowiedniki,
 - pojawienie się nowych zmian w EKG, typowych dla zawału serca,
 - podwyższony poziom we krwi enzymów wskaźnikowych zawału serca z uniesieniem odcinka ST np.: CK(MB), CPK, mioglobina, troponiny;
- Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu WU:**
- zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI),
 - inne ostre zespoły wieńcowe (np. niestabilna choroba wieńcowa),
 - bezobjawowe zawały serca.
- 4) **transplantacja głównych narządów** - operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przeżył Ubezpieczony w charakterze biorcy;
 - 5) **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, potwierdzona przez lekarza specjalistę odpowiedniej dziedziny;
 - 6) **zaawansowany nowotwór złośliwy** - guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki; pojęciem tym objęte są również białaczki, za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotwory układu limfatycznego. Obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez lekarza specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego.
- Nie stanowi Poważnego Zachorowania w rozumieniu WU stwierdzenie u Ubezpieczonego występowania następujących wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych:**
- guzów opisywanych jako rak in situ, w tym dysplazja szyjki CIN - 1, CIN - 2, CIN - 3 lub histologicznie opisywanych jako zmiany przedinwazyjne;
 - czerniaków złośliwych o maksymalnej grubości poniżej 1,5 mm, określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowanych poniżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
 - nowotworów podstawnokomórkowych skóry oraz zmian opisywanych jako hiperkeratozy;
 - nowotworów płaskonabłonkowych skóry, o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów;
 - choroby Hodgkina w pierwszym stadium;
 - mięsaków Kaposiego i innych guzów związanych z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
- nowotworów prostaty histologicznie opisywanych jako T1 w Klasyfikacji TNM łącznie z T1(a) lub T1(b) lub równoważnych według innej klasyfikacji;
16. **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem umowę Pożyczki Gotówkowej;
 17. **Przyczyna Zewnętrzna** – działanie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, która spowodowała powstanie Nieszczęśliwego Wypadku, z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów);
 18. **Rata** – rata kapitałowo-odsetkowa Pożyczki Gotówkowej, wynikająca z Pierwotnego Harmonogramu, której płatność przypada w Okresie Ochrony;
 19. **Rehabilitacja** – zabiegi rehabilitacyjne wykonywane u Ubezpieczonego, na podstawie pisemnego skierowania lekarza prowadzącego, podczas wizyty fizjoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego albo wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej;
 20. **Sanatorium** – co najmniej 2 (dwu) tygodniowy pobyt w sanatorium - przez które rozumie się działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład lecznictwa uzdrowiskowego (szpital uzdrowiskowy, sanatorium uzdrowiskowe, szpital uzdrowiskowy dla dzieci i sanatorium uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnia uzdrowiskowa, zakład przyrodolecznicy, szpital i sanatorium w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych), zgodnie z art. 6 Ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych - na podstawie pisemnego zalecenia od lekarza prowadzącego Ubezpieczonego do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej bądź skierowania od lekarza prowadzącego na takie leczenie lub rehabilitację;
 21. **Sprzęt rehabilitacyjny** – wypożyczenie lub zakup oraz dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego Ubezpieczonego;
 22. **Szpital** – działająca na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, placówka 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;
 23. **Saldo zadłużenia** – kwota, jaka pozostała Pożyczkobiorcy do spłacenia na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego (Zgonu Ubezpieczonego lub wystąpienia u niego Poważnego Zachorowania), ale nie więcej niż kwota wynikająca z Pierwotnego Harmonogramu;
 24. **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, która jest równa Saldu Zadłużenia wynikającego z Pierwotnego Harmonogramu;
 25. **Teleopieka kardiologiczna** – wypożyczenie aparatu EKG Ubezpieczonemu po wystąpieniu u Ubezpieczonego zawału serca z uniesieniem odcinka ST lub udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym.
W ramach Teleopieki kardiologicznej Ubezpieczyciel pokrywa koszty:
 - 1) dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego przez podmiot świadczący usługę Teleopieki kardiologicznej na zlecenie Centrum Pomocy: aparatu EKG, materiałów eksploatacyjnych, materiałów szkoleniowych i informacyjnych;
 - 2) telefonicznego szkolenia z obsługi aparatu EKG oraz ze sposobu korzystania z Teleopieki kardiologicznej prowadzonego przez podmiot świadczący usługę Teleopieki kardiologicznej na zlecenie Centrum Pomocy;
 - 3) telefonicznej opieki kardiologicznej;
 - 4) odbioru przez podmiot świadczący usługę Teleopieki kardiologicznej na zlecenie Centrum Pomocy aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, z miejsca pobytu Ubezpieczonego, po upływie 6 miesięcy od daty jego dostarczenia do Ubezpieczonego.
- W ramach Teleopieki kardiologicznej podmiot świadczący usługę Teleopieki kardiologicznej na zlecenie Centrum Pomocy zapewnia Ubezpieczonemu:
- 1) rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ubezpieczonego za pomocą aparatu EKG;
 - 2) analizę badań przeprowadzoną przez personel medyczny;
 - 3) stały kontakt telefoniczny z personelem medycznym;
 - 4) dostęp do informacji na temat wyniku badań;
 - 5) archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - 6) udostępnienie drogą telefoniczną, po uprzedniej weryfikacji tożsamości, lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników badań Ubezpieczonego wskazanej pisemnie przez

Ubezpieczonego osobie kontaktowej lub wskazanemu pisemnie przez Ubezpieczonego lekarzowi prowadzącemu;

- 7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w przypadku stwierdzenia przez lekarza dyżurnego podmiotu świadczącego usługę Teleopieki kardiologicznej uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy medycznej oraz posiadania wiedzy o miejscu pobytu Ubezpieczonego, a także poinformowanie o tym fakcie wskazanej pisemnie przez Ubezpieczonego osobie kontaktowej (w przypadku wyrażenia takiej woli przez Ubezpieczonego);
- 8) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku badania Ubezpieczonego.

Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszt Teleopieki kardiologicznej w ramach Pakietu Pomocowego;

26. **Ubezpieczający** – strona Umowy Ubezpieczenia, zobowiązana do zapłacenia składki ubezpieczeniowej;
27. **Ubezpieczony** – wskazany we wniosko-polisie Pożyczkobiorca, któremu jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa;
28. **Ubezpieczyciel** - PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
29. **Udział Procentowy** - ustalany w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia i aktualizowany w związku ze zmianą liczby pożyczkobiorców udział danego pożyczkobiorcy w Sumie Ubezpieczenia równy 100%, gdy ochroną objęty jest jeden Ubezpieczony albo 50%, w przypadku dwóch Ubezpieczonych;
30. **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych WU między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
31. **Uposażony** – Uposażony Główny lub Uposażony Dodatkowy;
32. **Uposażony Główny** – osoba lub podmiot, wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do żądania spełnienia przez Ubezpieczyciela świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego, do wysokości określonej w § 10 ust. 3
33. **Uposażony Dodatkowy** – osoba, podmiot, wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do żądania spełnienia przez Ubezpieczyciela świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego, w wysokości określonej w § 10 ust. 4.
34. **Uraz w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – złamanie, skręcenie, zwichnięcie, oparzenie, rana wymagająca szycia, która była następstwem Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego;
35. **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;
36. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie powstałe w Okresie Ochrony:
 - a) zgon Ubezpieczonego,
 - b) Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego,
 - c) Uraz w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje ryzyko zgonu Ubezpieczonego, Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałe w Okresie Ochrony, z zastrzeżeniem § 4 ust.3

§ 4. OKRES OCHRONY

1. Okres Ochrony rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wypłaty kwoty Pożyczki Gotówkowej, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W okresie 30 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia stosuje się okres karencji, tj. wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Poważnego Zachorowania i z tytułu zgonu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W okresie karencji ochroną ubezpieczeniową objęty jest zgon Ubezpieczonego, będący następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, oraz Uraz w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, z zastrzeżeniem § 6 ust. 1.

§ 5. ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

Okres Ochrony wobec danego Ubezpieczonego kończy się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń wystąpi wcześniej:

- 1) z chwilą zgonu Ubezpieczonego,
- 2) z Dniem zajścia Poważnego Zachorowania, z tytułu którego przysługuje Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe,
- 3) z chwilą lub z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia w przypadkach wskazanych w § 14.

§ 6. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za Uraz w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku oraz za zgon

Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli wystąpił w okresie karencji, i jest następstwem:

- 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) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi co najmniej 0,2‰ albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1mg/dcm³);
- 5) pozostawiania 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 splywów 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 Ubezpieczonego, będącego członkiem związków lub innych organizacji sportowych, w tym udział Ubezpieczonego w nieprofesjonalnych zawodach sportowych;
- 8) leczenia lub zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonych poza kontrolą osób uprawnionych;
- 9) wypadku lotniczego, za 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. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon jest następstwem próby samobójczej Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub był następstwem okoliczności wskazanych w ust. 1 pkt 1-3.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego Zachorowania, jeżeli Poważne Zachorowanie będzie następstwem okoliczności wskazanych w ust. 1., a także w przypadku przewlekłej białaczki limfatycznej oraz wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych (zgodnie z § 2 pkt 15 ppkt 1 zdanie drugie, ppkt 2 zdanie trzecie, ppkt 3 zdanie 4, ppkt 6 zdanie trzecie).

§ 7. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego. Po zaakceptowaniu wniosku przez Ubezpieczyciela, sporządzany jest dokument wniosko-polisy.
2. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest w dniu zawarcia umowy Pożyczki Gotówkowej, na czas określony zgodny z okresem trwania Pożyczki Gotówkowej, nie dłuższy jednak niż 120 miesięcy i rozwiązuje się najpóźniej w dniu wymagalności ostatniej Raty określonej w Pierwotnym Harmonogramie.
3. Umowę Ubezpieczenia ma prawo zawrzeć Pożyczkobiorca, który ukończył 18 rok życia i jednocześnie w dacie zakończenia spłaty Pożyczki Gotówkowej, określonej w Pierwotnym Harmonogramie, nie ukończy 75 roku życia oraz zawarł umowę Pożyczki Gotówkowej na okres co najmniej 2 miesięcy.
4. W ramach Umowy Ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci maksymalnie dwaj Pożyczkobiorcy w ramach jednej umowy Pożyczki Gotówkowej,
5. Pożyczkobiorca może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem, że:

- 1) kwota udzielonej Pożyczki Gotówkowej (bez kredytowanych kosztów) wynosi co najmniej 100 000 zł. oraz
 - 2) suma kwot z tytułu dotychczasowych aktywnych umów Pożyczek Gotówkowych powiązanych z umową ubezpieczenia zawartą z Ubezpieczycielem oraz kolejnej (nowo zawieranej) umowy Pożyczki Gotówkowej z Umową Ubezpieczenia nie przekracza 255 550 zł.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu wniosku lub przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia w innych pismach. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zdania poprzedniego, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków, o których mowa w zdaniu pierwszym, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany Umową Ubezpieczenia i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela.
7. W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia na cudzy rachunek, obowiązki Ubezpieczającego, wynikające z ust. 6, spoczywają również na Ubezpieczonym, chyba że Ubezpieczony nie wiedział o zawarciu Umowy Ubezpieczenia na jego rachunek.

§ 8. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry, za cały Okres Ochrony.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest niezależnie od liczby Ubezpieczonych i stanowi iloczyn: stawki za ubezpieczenie, całkowitej kwoty Pożyczki Gotówkowej wraz z kwotą przeznaczoną na zapłatę kredytowanych kosztów związanych z udzieleniem Pożyczki Gotówkowej (określonych w umowie Pożyczki Gotówkowej zawartej z Bankiem, z wyłączeniem kwoty składki ubezpieczeniowej) oraz liczby Rat ujętych w Pierwotnym Harmonogramie.
3. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres Ochrony.

§ 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, z zastrzeżeniem §12 ust. 6 i 7. Formularz ułatwiający zgłoszenie roszczenia dostępny jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela www.pkoubezpieczenia.pl lub w placówkach Banku.
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. Ubezpieczyciel zobowiązany jest udostępnić uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia informacje i dokumenty zgromadzone w celu ustalenia jego odpowiedzialności lub wysokości świadczenia.

§ 10. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU

1. Wysokość świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest równa iloczynowi Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy

Ubezpieczenia na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego (zgonu Ubezpieczonego).

2. Wysokość świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powiększana jest o:
 - 1) odsetki (według przewidzianej w umowie Pożyczki Gotówkowej stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału) należne na dzień zgonu Ubezpieczonego oraz za okres liczony od dnia zgonu Ubezpieczonego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 60 dni oraz
 - 2) odsetki karne od przeterminowanej kwoty kapitału należne na dzień zgonu Ubezpieczonego oraz za okres liczony od dnia zgonu Ubezpieczonego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak w wysokości nie większej niż 5% kapitału.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego Uposażonemu Głównemu do wysokości iloczynu Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na dzień zgonu Ubezpieczonego, powiększone o odsetki, o których mowa w ust. 2.
4. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego stanowiące różnicę między iloczynem Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia a iloczynem Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na dzień zgonu Ubezpieczonego wypłacane jest Uposażonemu Dodatkowemu.
5. Wskazanie Uposażonego Głównego lub Uposażonego Dodatkowego jest bezskuteczne w przypadku, gdy którykolwiek z nich zmarł przed Ubezpieczonym.
6. W przypadku, gdy nie ma Uposażonego Głównego świadczenie wypłacane jest Uposażonemu Dodatkowemu. W przypadku, gdy nie ma Uposażonego Głównego ani Uposażonego Dodatkowego, świadczenie wypłacane jest następującym osobom w kolejności:
 - 1) małżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) dzieciom Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 3) rodzicom Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 4) rodzeństwu Ubezpieczonego – w częściach równych,
 - 5) pozostałym osobom, będącym spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, świadczenie może być wypłacone kolejnej osobie wyłącznie, gdy żadna z osób wskazanych w poprzedzających punktach nie żyła dłużej niż Ubezpieczony lub zgodnie z postanowieniem ust. 8 nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia.
8. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wniosek o wypłatę świadczenia wraz z posiadanymi przez uprawnionego dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia i jego wypłaty.
10. W celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego należy złożyć:
 - 1) skrócony akt zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) kartę zgonu lub inną dokumentację medyczną określającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) aktualny akt małżeństwa (w przypadku gdy uprawnionym jest małżonek Ubezpieczonego),
 - 4) dokument potwierdzający pokrewieństwo (w przypadku osób wymienionych w ust. 6 pkt 2-4),
 - 5) dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym (w przypadku osób wymienionych w ust. 6 pkt 5),
 - 6) posiadane dokumenty potwierdzające okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (kopię protokołu policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informację zawierającą numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie (w przypadku zgonu będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku).

§ 11. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. W przypadku wystąpienia Poważnego Zachorowania, świadczenie jest należne Ubezpieczonemu w wysokości równej iloczynowi Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia na dzień zajścia Poważnego Zachorowania.
2. Wysokość świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania powiększana jest o:
 - 1) odsetki (według przewidzianej w umowie Pożyczki Gotówkowej stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału) należne na dzień zajścia Poważnego Zachorowania oraz za okres liczony od dnia zajścia Poważnego Zachorowania do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 60 dni oraz

- 2) odsetki karne od przeterminowanej kwoty kapitału należne na dzień zajścia Poważnego Zachorowania oraz za okres liczony od dnia zajścia Poważnego Zachorowania do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak w wysokości nie większej niż 5% kapitału.
3. Świadczenie jest płatne jednorazowo.
4. Ubezpieczyciel odpowiada maksymalnie za 1 (jedno) Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego w całym Okresie Ochrony.
5. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wniosek o wypłatę świadczenia wraz z posiadanymi przez zgłaszającego lub uprawnionego dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie Poważnego Zachorowania w Okresie Ochrony wraz z opinią lekarza specjalisty;
 - 2) wyniki badania histopatologicznego - w przypadku nowotworu.

§ 12. PAKIET POMOCOWY

1. Świadczenia w ramach Pakietu Pomocowego są należne Ubezpieczonemu w przypadku zajścia Poważnego Zachorowania lub Urazu będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Ubezpieczony jest uprawniony do korzystania z Pakietu Pomocowego w przypadku:
 - 1) Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku - przez Okres Ochrony,
 - 2) Poważnego Zachorowania – przez okres 12 miesięcy od daty wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, o którym mowa w § 11.
3. Ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty świadczeń do limitów, podanych w tabeli nr 1.

Tabela nr 1

Świadczenie	Limity na Zdarzenie Ubezpieczeniowe (Uraz w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Poważne Zachorowanie)
Konsultacje lekarskie	łączny limit 10 świadczeń (w tym maksymalnie 1 badanie tomografii komputerowej i 1 badanie rezonansu magnetycznego)
Badania specjalistyczne	
Diagnostyka laboratoryjna	10 skierowań niezależnie od liczby zleconych badań w ramach jednego skierowania
Rehabilitacja	Max 2 000 PLN
Sprzęt rehabilitacyjny	Max 1 000 PLN
Sanatorium	Max 3 000 PLN
Teleopieka Kardiologiczna	monitorowanie przez maksymalnie 6 miesięcy

4. W celu realizacji świadczeń w ramach Pakietu Pomocowego, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy w sposób uzgodniony z Centrum Pomocy następujące dokumenty:
 - 1) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w Okresie Ochrony oraz rodzaj urazu; lub
 - 2) kopię dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Poważnego Zachorowania w Okresie Ochrony (wraz z wynikami badania histopatologicznego w przypadku nowotworu);
 - 3) skierowanie lub pisemne zalecenie od lekarza prowadzącego na przeprowadzenie konsultacji, badań, diagnostyki laboratoryjnej, rehabilitacji, dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, pobytu w Sanatorium.
5. Ponadto, w celu realizacji świadczenia pobytu w Sanatorium, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy pisemne potwierdzenie od lekarza prowadzącego o braku przeciwwskazań do przeprowadzenia leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacji uzdrowiskowej.
6. W celu realizacji świadczenia Teleopieki kardiologicznej, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Pomocy dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie u Ubezpieczonego w Okresie Ochrony Poważnego Zachorowania

w postaci **zawału serca z uniesieniem odcinka ST lub udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym.**

7. W zakresie Teleopieki Kardiologicznej Ubezpieczony ma możliwość przesłania Ubezpieczycielowi własnoręcznie podpisanego oświadczenia stanowiącego upoważnienie osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę urodzenia Ubezpieczonego oraz telefon do osoby kontaktowej lub lekarza prowadzącego, w celu umożliwienia kontaktu z ww. osobami, zgodnie z zakresem WU.
8. W zakresie Teleopieki Kardiologicznej, po potwierdzeniu uprawnień Ubezpieczonego do świadczenia, Centrum Pomocy kontaktuje się z podmiotem świadczącym usługę Teleopieki Kardiologicznej w celu przekazania danych Ubezpieczonego oraz z Ubezpieczonym w celu przekazania szczegółowych informacji dotyczących realizacji Teleopieki kardiologicznej.
9. W zakresie Teleopieki Kardiologicznej podmiot świadczący usługę Teleopieki Kardiologicznej kontaktuje się z Ubezpieczycielem w celu poinformowania o dacie dostarczenia Ubezpieczonemu aparatu EKG.
10. Świadczenia w ramach Pakietu Pomocowego organizowane są wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polski.
11. W przypadku potrzeby skorzystania ze świadczenia w ramach Pakietu Pomocowego, Ubezpieczony kontaktuje się z działającym całą dobę Centrum Pomocy Ubezpieczyciela pod numerem **(+48 22) 522 29 37 lub (+48 22) 232 29 37**.
12. Jeżeli Ubezpieczony z przyczyn od siebie niezależnych nie mógł skontaktować się telefonicznie z Centrum Pomocy Ubezpieczyciela i we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług z zakresu Pakietu Pomocowego, powinien poinformować o tym fakcie Centrum Pomocy w terminie 7 dni od dnia kiedy skontaktowanie z Centrum Pomocy Ubezpieczyciela stało się możliwe. Centrum Pomocy Ubezpieczyciela zwraca ww. koszty na podstawie przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów potwierdzających poniesienia tych kosztów oraz dokumentów stwierdzających wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1.
13. Zwrot kosztów, o których mowa w ust. 12, następuje na podstawie udokumentowanych kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego, do wysokości rzeczywistych poniesionych kosztów, maksymalnie jednak do kwoty limitu, ustalonego w tabeli nr 1.
14. W przypadku zorganizowania usług z we własnym zakresie przez Ubezpieczonego, bez powiadomienia Centrum Pomocy, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w wysokości odpowiadającej kosztom, jakie Ubezpieczyciel poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie.

§ 13. DODATKOWA DOKUMENTACJA

1. Jeżeli Ubezpieczony nie wyraził zgody na pozyskanie przez Ubezpieczyciela dokumentów od Banku, do każdego zgłoszenia roszczenia należy dołączyć następującą dokumentację bankową:
 - 1) kopię umowy Pożyczki Gotówkowej,
 - 2) Pierwotny Harmonogram Pożyczki Gotówkowej,
 - 3) zaświadczenie o wysokości Salda Zadłużenia na dzień zgonu.
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.

§ 14. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym.
3. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń wystąpi wcześniej:
 - 1) z dniem doręczenia Ubezpieczycielowi lub agentowi Ubezpieczyciela pisemnego wypowiedzenia lub oświadczenia o odstąpieniu,
 - 2) z chwilą zgonu Ubezpieczonego (w przypadku gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest tylko jeden Ubezpieczony),
 - 3) z Dniem zajścia Poważnego Zachorowania, z tytułu którego Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie ubezpieczeniowe, w przypadku gdy ochroną objęty jest tylko jeden Ubezpieczony,
 - 4) z dniem wymagalności ostatniej Raty określonej w Pierwotnym Harmonogramie Pożyczki Gotówkowej,
 - 5) z dniem wcześniejszej, całkowitej spłaty Pożyczki Gotówkowej,

- 6) z dniem rozwiązania umowy Pożyczki Gotówkowej (niezależnie od przyczyny), nie później niż z końcem maksymalnego 120-miesięcznego czasu trwania umowy Pożyczki Gotówkowej.
4. Ubezpieczony, nie będący Ubezpieczającym, ma prawo w każdym czasie złożyć pisemne oświadczenie o wystąpieniu (rezygnacji) z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem natychmiastowym.

§ 15. REKLAMACJE I SKARGI

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia mogą złożyć reklamację (w rozumieniu przepisów o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym) dotyczącą usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamację można składać w każdej jednostce Ubezpieczyciela:
 - 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 nie później 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 skargi lub zażalenia 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. Ubezpieczyciele podlegają nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
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 podjęcie czynności, jak również 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. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
13. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego, lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
14. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 16. 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 Ubezpieczycielem a uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia.
2. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz do realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
3. Korespondencja związana z Umową Ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres adresata. Strony Umowy Ubezpieczenia zobowiązane są do wzajemnego, niezwłocznego informowania 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.
5. Na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, roszczenia uprawnionych objęte są ustawowymi gwarancjami wypłat z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro przeliczonej według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia) Ubezpieczyciela.
6. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. jest dostępne na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
7. Świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia podlegają przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.

§ 17.

Warunki ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie +”, na wypadek wystąpienia Zgonu Ubezpieczonego, Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, Urazu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zostały zatwierdzone w dniu 14 stycznia 2020 r przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

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



Prezes Zarządu
Sławomir Łopalewski



Członek Zarządu
Tomasz Mańko