

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO  
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU  
ALBO LECZENIA SZPITALNEGO W NASTĘPSTWIE  
NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**



Ubezpieczenia

dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są posiadaczami Kart Kredytowych

**1. PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA**

- Na podstawie niniejszej Deklaracji Przystąpienia Posiadacz Karty kredytowej wydawanej do Umowy nr ..... składa oświadczenie woli o przystąpieniu do:
  - grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty źródła dochodu albo leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku zwanego dalej „**Ubezpieczeniem Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego**” oferowanego przez PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. - na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na wypadek utraty źródła dochodu albo leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są Posiadaczami Kart kredytowych zawartej pomiędzy ubezpieczycielem PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a PKO Bankiem Polskim SA w zakresie ryzyk:
    - Utraty Źródła Dochodu albo
    - Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 umowa jest zwana w dalszej części Deklaracji Przystąpienia jako „**Umowa Ubezpieczenia**”.
  - Przystąpienie do Ubezpieczenia odbywa się na zasadach określonych w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty źródła dochodu albo leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są posiadaczami kart kredytowych zatwierdzonych przez Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 29 września 2015 r., zwanych dalej „**OWU**” stanowiących Załącznik do ww. Umowy Ubezpieczenia. Terminy użyte z wielkiej litery w Deklaracji Przystąpienia, przyjmują znaczenie nadane im w OWU.

**2. STRONY STOSUNKU UBEZPIECZENIA**

**UBEZPIECZONY**

Pierwsze Imię	<input type="text"/>	Drugie Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.	PESEL	<input type="text"/>
	Data (dd-mm-rrrr)		
Obywatelstwo	<input type="text"/>	Kraj miejsca urodzenia	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>		<input type="text"/>
	Nr kier. kraju		Nr telefonu komórkowego lub stacjonarnego
E-mail	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>		
	Kod kraju	Kod pocztowy	Miejscowość
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

**STRONY UMÓW UBEZPIECZENIA:**

**UBEZPIECZAJĄCY**

Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna ul. Puławska 15, 02-515 Warszawa, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego KRS: 0000026438, NIP: 525-000-77-38. Kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony: 1 250 000 000 PLN (dalej „**Ubezpieczający**” lub „**PKO BP SA**”).

**UBEZPIECZYCIEL**

PKO Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa, której akta rejestrowe przechowywane są przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, KRS 0000551487, NIP 527-27-34-144. Kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 20 000 000,- PLN

Ochrona świadczona w zakresie ryzyka:

- Utrata źródła dochodu;
- Leczenie szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (dalej „**PKO Majątek**”) 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 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego.

### 3. WARUNKI UBEZPIECZENIA: OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES OCHRONY, SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

Okres Ubezpieczenia w ramach Umów Ubezpieczenia	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ubezpieczony przystępuje do Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego na Okresy Ubezpieczenia wynoszące 12 kolejnych Cykli Rozliczeniowych następujących po złożeniu niniejszej Deklaracji Przystąpienia, w ramach których Ubezpieczyciel gotowy jest udzielać ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z zasadami określonymi w OWU.</li> <li>Okresy Ubezpieczenia ulegają każdorazowo odnowieniu na kolejne Okresy Ubezpieczenia, na podstawie zgody udzielonej przez Ubezpieczonego w pkt 7 ppkt 13) niniejszej Deklaracji Przystąpienia.</li> </ol>
Okres Ochrony w ramach Okresu Ubezpieczenia	<ol style="list-style-type: none"> <li>W ramach każdego Okresu Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, tj. ponosi odpowiedzialność na wypadek skutków Zdarzeń Ubezpieczeniowych wymienionych w pkt 4 Deklaracji Przystąpienia.</li> <li>Okres Ochrony rozpoczyna się każdorazowo dla danego Ubezpieczonego z momentem wykorzystania jakiegokolwiek części limitu kredytowego, a kończy się każdorazowo z chwilą jego Salda Zadłużenia.</li> <li>Ubezpieczony może mieć wiele Okresów Ochrony w ramach jednego Okresu Ubezpieczenia.</li> </ol>
Składki Ubezpieczeniowe	<ol style="list-style-type: none"> <li>Składki Ubezpieczeniowe są płatne do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego.</li> <li>Składki równe są kwocie stanowiącej iloczyn taryfy Składki za Ubezpieczenie oraz kwoty wykorzystanego Salda Zadłużenia z ostatniego dnia Cyklu Rozliczeniowego, w którym udzielana była ochrona ubezpieczeniowa.</li> <li>Taryfa Składki wynosi: <ul style="list-style-type: none"> <li>0,006% karty kredytowe: PKO MasterCard Platinum i PKO VISA Infinite,</li> <li>0,025% karty kredytowe: Przejrzysta karta kredytowa PKO VISA,</li> <li>0,020% karty kredytowe: pozostałe.</li> </ul> </li> </ol>

### 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA

**Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – następujące zdarzenie opisane w § 3 ust. 2 OWU mogące skutkować wypłatą Świadczenia na warunkach i w wysokości określonych OWU. Na potrzeby tabeli przyjęto następujące skróty Zdarzeń Ubezpieczeniowych: Utrata pracy (dalej „UP”), Utrata dochodu z Działalności gospodarczej (dalej „UDzDG”); Utrata dochodu z Innej pracy zarobkowej (dalej „UDIPZ”), Leczenie szpitalne (dalej „LSz”).

Lp	Zakres Ubezpieczenia	Suma Ubezpieczenia i Świadczenia należne w Okresie Ubezpieczenia
1	Utrata źródła dochodu UP/UDzDG	<p><b>Źródło dochodu Ubezpieczonego:</b> Stosunek pracy/Działalność gospodarcza</p> <p><b>Świadczenie:</b> Maksymalnie 12 Świadczeń w Okresie Ubezpieczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Świadczenie miesięczne należne zgodnie z § 11 ust. 1-6 OWU.</li> <li>Wypłacane w wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia.</li> <li>Maksymalna wysokość każdego Świadczenia miesięcznego nie może być wyższa niż 3 000 PLN.</li> <li>Łączna wysokość Świadczeń miesięcznych w całym Okresie Ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość 12 Świadczeń, jednakże nie więcej niż 36 000 PLN, bez względu na liczbę zdarzeń UP i/lub UDzDG.</li> <li>Suma Ubezpieczenia jest to kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, równa kwocie wykorzystanego Salda Zadłużenia na dzień poprzedzający dzień: <ol style="list-style-type: none"> <li>otrzymania przez Ubezpieczonego oświadczenia o wypowiedzeniu przez drugą stronę umowy, leżącej u podstawy Stosunku pracy albo</li> <li>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 albo</li> <li>wygaśnięcia mandatu w ramach Stosunku służbowego z innych przyczyn, niż zrzeczenie się mandatu przez Ubezpieczonego albo</li> <li>odwołania ze stanowiska lub funkcji w ramach Stosunku służbowego z wyłączeniem sytuacji, gdy odwołanie następuje na wniosek Ubezpieczonego albo</li> <li>wygaśnięcia Kontraktu menadżerskiego lub żołnierskiego lub marynarskiego lub rozwiązania z innych przyczyn, niż wypowiedzenie przez Ubezpieczonego lub za porozumieniem stron albo</li> <li>zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej.</li> </ol> </li> </ol> <p>Z zastrzeżeniem, że jeżeli w dniu poprzedzającym jeden z dni powyżej Saldo Zadłużenia w ogóle nie zostało wykorzystane, to Suma Ubezpieczenia równa jest średniej kwocie wykorzystanego Salda zadłużenia z Cyklu Rozliczeniowego poprzedzającego jeden z dni powyżej.</p>
2	Utrata źródła dochodu UDIPZ	<p><b>Źródło dochodu Ubezpieczonego:</b> Inna praca zarobkowa</p> <p><b>Świadczenie:</b> Maksymalnie 1 Świadczenie w Okresie Ubezpieczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Świadczenie jednorazowe należne zgodnie z § 11 ust. 7-9 OWU w Okresie Ubezpieczenia.</li> <li>Wypłacane w wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia.</li> <li>Maksymalna wysokość Świadczenia jednorazowego nie może być wyższa niż 3 000 PLN w całym Okresie Ubezpieczenia.</li> <li>Suma Ubezpieczenia jest to kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, równa kwocie wykorzystanego Salda Zadłużenia na dzień poprzedzający dzień otrzymania przez Ubezpieczonego oświadczenia woli drugiej strony o wypowiedzeniu umowy leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej.</li> </ol> <p>Z zastrzeżeniem, że jeżeli w dniu poprzedzającym ww. dzień Saldo Zadłużenia w ogóle nie zostało wykorzystane, to Suma Ubezpieczenia równa jest średniej kwocie wykorzystanego Salda zadłużenia z Cyklu Rozliczeniowego poprzedzającego dzień otrzymania wypowiedzenia.</p>

3	Leczenie Szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (LSZ) zaistniałego w Okresie Ubezpieczenia	<p><b>Źródło dochodu Ubezpieczonego:</b> Stosunek pracy/Działalność gospodarcza/Inna praca zarobkowa w Okresie Karencji, oraz gdy w dniu przyjęcia do Szpitala stracił wszystkie źródła dochodu albo gdy Suma Ubezpieczenia lub limit Świadczeń został wyczerpany albo po wydaniu decyzji przez organ rentowy o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego po Przystąpieniu do Ubezpieczenia</p> <p><b>Świadczenie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Maksymalnie 36 000 PLN w Okresie Ubezpieczenia, z uwzględnieniem poniższych podlimitów Świadczeń, wypłacanych zgodnie z postanowieniami § 12 OWU</li> <li>2. W przypadku Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego trwającego nieprzerwanie od 4 do 8 dni w Okresie Ochrony Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowe Świadczenie w kwocie odpowiadającej wysokości 5% Sumy Ubezpieczenia w ramach Leczenia Szpitalnego,</li> <li>3. W przypadku, gdy Leczenie szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, trwa nieprzerwanie powyżej 8 dni w Okresie Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowo świadczenie za każdy dzień pobytu w Szpitalu w Okresie Ubezpieczenia powyżej 8 dnia (Świadczenie dzienne szpitalne). Świadczenie dzienne równe jest wysokości 1% Sumy Ubezpieczenia w ramach Leczenia Szpitalnego.</li> <li>4. Łączna kwota Świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ograniczona jest do kwoty 5 000-PLN dla jednego zdarzenia w Okresie Ubezpieczenia.</li> <li>5. Suma Ubezpieczenia jest to kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, równa kwocie wykorzystanego Salda Zadłużenia na pierwszy dzień pobytu w Szpitalu.</li> </ol>
---	---	--

## 5. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UBEZPIECZONEGO

Administratorem przekazanych danych osobowych jest PKO Majątek - w zakresie danych osobowych przetwarzanych w związku z Ubezpieczeniem Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego.

Dane osobowe zawarte w niniejszej Deklaracji Przystąpienia oraz pozyskane w przyszłości w związku ze świadczeniem przez Ubezpieczyciela ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia będą przetwarzane przez Ubezpieczyciela w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy Ubezpieczenia.

Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, w przypadkach wskazanych w ustawie o ochronie danych osobowych.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji ochrony ubezpieczeniowej do której Ubezpieczony przystąpił. Dane osobowe obejmujące: imiona, nazwisko, datę urodzenia, PESEL, adres do korespondencji, płeć, wyniki badań medycznych oraz wszelką dokumentację medyczną mogą być przekazane reasekuratorowi w celu reasekuracji ryzyk wynikających z Umów Ubezpieczenia.

## 6. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam wobec każdego z Ubezpieczycieli, że:

- 1) Otrzymałem(-am), zapoznałem(-am) się i akceptuję treść OWU, tj. ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty źródła dochodu albo leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są posiadaczami kart kredytowych zatwierdzonych przez Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 29 września 2015 r., przekazanych mi przed złożeniem Deklaracji Przystąpienia.
- 2) Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), iż Suma Ubezpieczenia jest zmienna, zgodnie z postanowieniami § 10 OWU i pkt 4 niniejszej Deklaracji Przystąpienia oraz wyrażam zgodę na jej wysokość.
- 3) Zapoznałem(-am) się, zrozumiałem(-am) i akceptuję wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczycieli zawarte w § 6 OWU.
- 4) Spełniam warunki do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową z tytułu ryzyka Utraty źródła dochodu, określone w § 3 ust. 5 OWU.
- 5) Zobowiązuję się do informowania Ubezpieczyciela za pośrednictwem PKO BP SA o każdej zmianie podanych przeze mnie danych, w szczególności o zmianie danych kontaktowych.
- 6) Wyrażam zgodę na finansowanie kosztu Składek Ubezpieczeniowych do zapłaty, do których zobowiązany jest Ubezpieczający w wysokości wyliczonej na podstawie pkt 3 Deklaracji Przystąpienia.
- 7) Wyrażam zgodę na przekazywanie do Ubezpieczyciela (w zakresie koniecznym do realizacji przez niego Świadczeń wynikających z udzielonej mi ochrony) przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do Świadczeń z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego i wysokości tych Świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięganie informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości Świadczeń.
- 8) Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do udzielania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą bankową związanych z posiadanymi Kartami kredytowymi, obejmujących w szczególności: numer rachunku Karty kredytowej, nazwę Karty kredytowej, wysokość Salda Zadłużenia powstałego na rachunku Karty kredytowej, wysokość średniego Salda Zadłużenia za okres 6 miesięcy do dnia poprzedzającego wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty Świadczeń z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego.
- 9) Wyrażam zgodę i upoważniam PKO Majątek do udzielania sobie wzajemnie informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową związanych z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego, w zakresie informacji objętych niemniejszą Deklaracją Przystąpienia oraz w zakresie niezbędnym do aktualizacji moich danych kontaktowych oraz realizacji dyspozycji i oświadczeń woli złożonych do Ubezpieczyciela.
- 10) Wyrażam zgodę na zasięganie przez Ubezpieczyciela u każdego innego ubezpieczyciela, informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie koniecznym dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych danych oraz w zakresie niezbędnym do ustalenia mojego prawa do Świadczenia z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego i wysokości tego Świadczenia. Wyrażam zgodę na udzielenie informacji w zakresie wskazanym powyżej, każdemu innemu ubezpieczycielowi.
- 11) Wyrażam zgodę, by wszelkie informacje dotyczące udzielanej mi ochrony ubezpieczeniowej w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego mogły być dostarczane w sposób analogiczny jak dla Umowy Karty - w tym drogą elektroniczną. Powyższe nie dotyczy informacji o charakterze marketingowym.
- 12) W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji Przystąpienia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość (bez jednoczesnej obecności Ubezpieczonego i Ubezpieczającego albo Ubezpieczyciela), mam prawo jako Ubezpieczony złożyć oświadczenie o odstąpieniu od ochrony ubezpieczeniowej udzielanej mi w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego w terminie 30 dni od dnia otrzymania potwierdzenia informacji wynikających z ustawy o prawach konsumenta.

13) Wyrażam zgodę na każdorazowe odnawianie Okresów Ubezpieczenia wynoszących 12 kolejnych Cykli Rozliczeniowych, w ramach których udzielana jest mi ochrona ubezpieczeniowa na kolejne Okresy Ubezpieczenia analogiczne do dotychczasowych, zgodnie z pkt 3 Deklaracji Przystąpienia. Jestem świadomy, że mam prawo złożyć oświadczenia o braku zgody na dalsze odnawianie Okresów Ubezpieczenia albo wystąpić (zrezygnować) z ochrony ubezpieczeniowej świadczonej na podstawie Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego w każdym czasie.

Miejscowość	Data (dd-mm-rrrr)	Podpis Ubezpieczonego

#### 7. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA

Uwaga: Wypełnia osoba przyjmująca Deklarację Przystąpienia  
Potwierdzam złożenie podpisu

Miejscowość	Data (dd-mm-rrrr)	Podpis i pieczętka firmowa Ubezpieczyciela - PKO Towarzystwa Ubezpieczeń S.A./Pracownika PKO Towarzystwa Ubezpieczeń S.A

#### 8. CESJA NA RZECZ BANKU Z TYTUŁU ŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że przelewam na rzecz PKO BP SA, który wydał mi Kartę Kredytową do Umowy nr ..... prawa do następujących Świadczeń, które mogą przysługiwać mi z tytułu zajścia następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych:

Utraty źródła dochodu lub Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, objętych ochroną w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego,

w każdym przypadku do wysokości wierzytelności PKO BP SA z tytułu Umowy nr ....., na dzień zajścia któregośkolwiek z ww. Zdarzeń Ubezpieczeniowych.

Miejscowość	Data (dd-mm-rrrr)	Podpis Ubezpieczonego

#### 9. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA CESJI

W imieniu PKO Majątek oświadczam, że przyjmuje ww. cesję wierzytelności.  
Potwierdzam złożenie podpisu

Miejscowość	Data (dd-mm-rrrr)	Podpis i pieczętka firmowa Ubezpieczyciela - PKO Towarzystwa Ubezpieczeń S.A./Pracownika PKO Towarzystwa Ubezpieczeń S.A

W przypadku Przystąpienia do Ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności Ubezpieczonego i Ubezpieczającego, podpis w imieniu Ubezpieczyciela/PKO Towarzystwa Ubezpieczeń S.A. składany jest za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu przepisów o podpisie elektronicznym i obejmuje oświadczenia z pkt 6 oraz pkt 9.