

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



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

**1. PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA**

1. Na podstawie niniejszej Deklaracji Przystąpienia Posiadacz Karty kredytowej wydawanej do Umowy nr ..... składa oświadczenie woli o przystąpieniu do:
- 1.1. 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:
- a) Utraty Źródła Dochodu albo  
b) Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
- 1.2. grupowego ubezpieczenia na życie zwanego dalej „**Ubezpieczeniem na Życie**” oferowanego przez PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. - na podstawie Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są Posiadaczami Kart kredytowych zawartej pomiędzy ubezpieczycielem PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., a PKO Bankiem Polskim SA, w zakresie następujących ryzyk:
- a) zgonu,  
b) Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku albo Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku,
- każda ww. Umowa jest zwana w dalszej części Deklaracji Przystąpienia jako „**Umowa Ubezpieczenia**” zaś obie Umowy są zwane dalej łącznie jako „**Umowy Ubezpieczenia**”.
2. Przystąpienie do Ubezpieczenia w ramach pakietu ubezpieczeń obejmującego Ubezpieczenie Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego oraz Ubezpieczenie na Życie (zwanymi dalej łącznie „Ubezpieczeniami”) odbywa się na zasadach określonych w Warunkach ubezpieczenia dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są posiadaczami kart kredytowych obejmujących szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty źródła dochodu albo leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, zatwierdzonych przez Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 29 września 2015 r. w zakresie postanowień dotyczących Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego i postanowień wspólnych oraz przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 29 września 2015 r. w zakresie Ubezpieczenia na Życie i postanowień wspólnych, zwanymi dalej „**OWU**” stanowiących Załącznik do ww. Umów Ubezpieczenia. Terminy użyte z wielkiej litery w Deklaracji Przystąpienia, przyjmują znaczenie nadane im w OWU.
3. Pomimo, iż w skład pakietu wchodzi dwa odrębne Ubezpieczenia oferowane w ramach dwóch odrębnych ww. Umów Ubezpieczenia przez dwóch odrębnych ww. Ubezpieczycieli, w celu uproszczenia konstrukcji Przystąpienia do Ubezpieczenia, Ubezpieczyciele zdecydowali się na zastosowanie wspólnej dokumentacji produktowej, tj. zintegrowanych OWU oraz wspólnej niniejszej Deklaracji Przystąpienia. Jednakże każdy z Ubezpieczycieli odpowiada jedynie w zakresie oferowanych przez siebie ubezpieczeń: 1) za realizację Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego odpowiada wyłącznie PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. co oznacza, że nie ponosi odpowiedzialności za realizację Ubezpieczenia na Życie, 2) za realizację Ubezpieczenia na Życie odpowiada wyłącznie PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. co oznacza, że nie ponosi odpowiedzialności za realizację Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego.

**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"/>  | <input type="text"/>   | <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”).

### UBEZPIECZYCIELE

- 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,
- PKO Życie 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 0000031094, NIP 521-04-19-914. Kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony: 89 308 936,29 PLN  
Ochrona świadczona w zakresie ryzyka:
  - zgon Ubezpieczonego;
  - wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który zdarzył się w Okresie Ochrony albo wystąpienie u Ubezpieczonego Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który zdarzył się w Okresie Ochrony (dalej „PKO Życie”) posiadająca zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w Dziale I Ubezpieczenia na życie wydane przez Ministra Finansów, zwani dalej łącznie „Ubezpieczyciele”.

### 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 oraz do Ubezpieczenia na Życie na Okresy Ubezpieczenia wynoszące 12 kolejnych Cykli Rozliczeniowych następujących po złożeniu niniejszej Deklaracji Przystąpienia, w ramach których każdy z Ubezpieczycieli 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, Ubezpieczyciele udzielają Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej, tj. ponoszą odpowiedzialność na wypadek skutków Zdarzeń Ubezpieczeniowych wymienionych w pkt 4 i 5 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 spłaty 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 Ubezpieczycieli przez Ubezpieczającego.</li><li>Składki równe są kwocie stanowiącej iloczyn taryfy Składki za dane Ubezpieczenie oraz kwoty wykorzystanego Salda Zadłużenia z ostatniego dnia Cyklu Rozliczeniowego, w którym udzielana była ochrona ubezpieczeniowa.</li><li>Taryfa Składki za Ubezpieczenie Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego 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: Przezrzysta karta kredytowa PKO VISA,</li><li>0,020% karty kredytowe: pozostałe.</li></ul></li><li>Taryfa Składki za Ubezpieczenie na Życie wynosi:<ul style="list-style-type: none"><li>0,027% karty kredytowe: PKO MasterCard Platinum i PKO VISA Infinite,</li><li>0,105% karty kredytowe: Przezrzysta karta kredytowa PKO VISA,</li><li>0,080% karty kredytowe: pozostałe.</li></ul></li></ol> |

### 4. ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UBEZPIECZENIA UTRATY DOCHODU ALBO LECZENIA SZPITALNEGO 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 | <b>Źródło dochodu Ubezpieczonego:</b> Stosunek pracy/Działalność gospodarcza<br><b>Świadczenie:</b> Maksymalnie 12 Świadczeń w Okresie Ubezpieczenia <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></ol></li></ol> |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>b) 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>c) wygaśnięcia mandatu w ramach Stosunku służbowego z innych przyczyn, niż zrzeczenie się mandatu przez Ubezpieczonego albo</li> <li>d) odwołania ze stanowiska lub funkcji w ramach Stosunku służbowego z wyłączeniem sytuacji, gdy odwołanie następuje na wniosek Ubezpieczonego albo</li> <li>e) wygaśnięcia Kontraktu menadżerskiego lub żołnierskiego lub marynarskiego lub rozwiązania z innych przyczyn, niż wypowiedzenie przez Ubezpieczonego lub za porozumieniem stron albo</li> <li>f) zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej.</li> </ul> <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>1. Świadczenie jednorazowe należne zgodnie z § 11 ust. 7-9 OWU w Okresie Ubezpieczenia.</li> <li>2. Wypłacane w wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia.</li> <li>3. Maksymalna wysokość Świadczenia jednorazowego nie może być wyższa niż 3 000 PLN w całym Okresie Ubezpieczenia.</li> <li>4. 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 dodatkowe 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. ZAKRES UBEZPIECZENIA W RAMACH UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA

| Lp | Zakres Ubezpieczenia   | Wysokość Sum Ubezpieczenia i Świadczenia należne w Okresie Ubezpieczenia  |
|----|--|---|
| 1  | Zgon Ubezpieczonego  | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia, w odniesieniu do jednej Karty, równa jest wysokości kwoty Salda Zadłużenia w przypadku gdy Saldo Zadłużenia nie przekracza kwoty 3 000 PLN (słownie: trzy tysiące złotych), a powyżej tej kwoty Suma Ubezpieczenia równa jest wysokości Salda Zadłużenia ale nie więcej niż 150% średniego miesięcznego zadłużenia za okres do dnia poprzedzającego wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jednakże nie dłuższy niż 6 miesięcy.</li> <li>2. Suma Ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego nie może być wyższa niż: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) z tytułu posiadania karty PKO MasterCard Platinum oraz PKO Visa Infinite: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 100.000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych) – w odniesieniu do Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień lit. b);</li> <li>b) 200.000 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych) – w odniesieniu do Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli zgon nastąpił wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, przy czym przy ustaleniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do kwoty świadczenia przekraczającej 100.000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), zgon Ubezpieczonego będzie uznany za spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem, jeżeli nastąpi w okresie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną zgonu;</li> <li>2) z tytułu posiadania innych Kart, niż wymienione w pkt 1): 50.000 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych).</li> </ol> </li> </ol> </li> <li>3. Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uposażonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej w chwili zgonu Ubezpieczonego. Jeżeli z dokumentacji dostarczonej przez osobę zgłaszającą roszczenie nie wynika jednoznacznie godzina zgonu, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uposażonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień zgonu Ubezpieczonego.</li> </ol> |
| 2  | Trwała i Całkowita Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego będąca Następstwem | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wysokość Sumy Ubezpieczenia, w odniesieniu do jednej Karty, równa jest wysokości kwoty Salda Zadłużenia w przypadku gdy Saldo Zadłużenia nie przekracza kwoty 3 000 PLN (trzy tysiące złotych), a powyżej tej kwoty Suma Ubezpieczenia równa jest wysokości Salda Zadłużenia nie więcej niż 150% średniego miesięcznego zadłużenia za okres do dnia poprzedzającego wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, jednakże nie dłuższy niż 6 miesięcy</li> <li>2. Suma Ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego nie może być wyższa niż:</li> </ol>  |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | Nieszczęśliwego Wypadku oraz Inwalidztwo Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku | <ol style="list-style-type: none"> <li>1) z tytułu posiadania karty PKO MasterCard Platinum oraz PKO Visa Infinite: 200.000 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych) – w odniesieniu do Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku oraz Inwalidztwa Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;</li> <li>2) z tytułu posiadania innych Kart, niż wymienione w lit a): 50.000 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych).</li> <li>3. Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej w chwili, w której nastąpił Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałej Całkowitej Niezdolności do Pracy. Jeżeli z dokumentacji dostarczonej przez osobę zgłaszającą roszczenie nie wynika jednoznacznie godzina wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu Sumy Ubezpieczenia aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku.</li> <li>4. Świadczenie wypłacane jest w formie jednorazowej w pełnej należnej kwocie. W przypadku Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego w Załączniku nr 1 do OWU procentu Sumy Ubezpieczenia aktualnej w chwili, w której nastąpił Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Inwalidztwa. Jeżeli z dokumentacji dostarczonej przez osobę zgłaszającą roszczenie nie wynika jednoznacznie godzina wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu określonego procentu Sumy Ubezpieczenia aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku.</li> </ol> |
|--|--|---|

## 6. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UBEZPICZONEGO

Administratorem przekazanych danych osobowych jest:

- 1) PKO Majątek - w zakresie danych osobowych przetwarzanych w związku z Ubezpieczeniem Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego,
- 2) PKO Życie - w zakresie danych osobowych przetwarzanych w związku z Ubezpieczeniem na Życie.

Dane osobowe zawarte w niniejszej Deklaracji Przystąpienia oraz pozyskane w przyszłości w związku ze świadczeniem przez Ubezpieczycieli ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umów Ubezpieczenia będą przetwarzane odrębnie przez każdego z Ubezpieczycieli w zakresie Ubezpieczeń wynikających z pkt 1 i pkt 2 powyżej, 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 w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego oraz Ubezpieczenia na Życie. 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.

## 7. OŚWIADCZENIA UBEZPICZONEGO

Oświadczam wobec każdego z Ubezpieczycieli, że:

- 1) Otrzymałem(-am), zapoznałem(-am) się i akceptuję treść OWU, tj. Warunków ubezpieczenia dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są posiadaczami kart kredytowych obejmujących szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty źródła dochodu albo leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na życie zatwierdzonych przez Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 29 września 2015 r. w zakresie postanowień dotyczących Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego i postanowień wspólnych oraz przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 29 września 2015 r. w zakresie Ubezpieczenia na Życie i postanowień wspólnych, przekazanych mi przed złożeniem Deklaracji Przystąpienia.
- 2) Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego oraz Ubezpieczenia na Życie. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), iż Suma Ubezpieczenia jest zmienna, zgodnie z postanowieniami § 10 OWU i pkt 4, 5 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 każdego 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 każdego 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, a także w celu ustalenia przyczyny mojej śmierci w przypadku roszczeń z tytułu zgonu, ustaleniem prawa do Świadczeń z tytułu Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego oraz Ubezpieczenia na Życie 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 każdemu 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 oraz/lub Ubezpieczenia na Życie.
- 9) Wyrażam zgodę i upoważniam PKO Życie oraz PKO Majątek do udzielania sobie wzajemnie informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową związanych z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego oraz Ubezpieczenia na Życie, w zakresie informacji objętych niniejszą Deklaracją Przystąpienia oraz w zakresie niezbędnym do aktualizacji moich danych kontaktowych oraz realizacji dyspozycji i oświadczeń woli złożonych do któregośkolwiek z Ubezpieczycieli.
- 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 oraz Ubezpieczenia na Życie i wysokości tego Świadczenia, a także do zasięgania informacji o przyczynie mojej śmierci w przypadku roszczenia o Świadczenie z tytułu zgonu. 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 oraz Ubezpieczenia na Życie 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 Ubezpiezonego Deklaracji Przystąpienia z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość (bez jednoczesnej obecności Ubezpiezonego 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 lub Ubezpieczenia na Życie, 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 lub Ubezpieczenia na Życie, w każdym czasie.

|             |                   |                      |
|-------------|-------------------|----------------------|
|             |                   |                      |
| Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Podpis Ubezpiezonego |

#### 8. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI PRYZSTĄPIENIA

Uwaga: Wypełnia osoba przyjmująca Deklarację Przystąpienia  
Potwierdzam złożenie podpisu

|             |                   |   |
|-------------|-------------------|---|
|             |                   |   |
| Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Podpis i pieczęć firmowa Ubezpieczającego - PKO Banku Polskiego SA/Pracownika PKO Banku Polskiego SA lub Pieczęć nagławkowa Agencji PKO Banku Polskiego SA, pieczęć imienna i podpis Agenta Banku/pracownika Agenta Banku |

#### 9. UPOSAŻONY (DOTYCZY ŚWIADCZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO)

Wyrażam zgodę na wskazanie przez Ubezpieczającego jako Uposażonego w przypadku mojego zgonu: Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.

W wysokości: 100% SU w przypadku Zgonu Ubezpiezonego.

|             |                   |                      |
|-------------|-------------------|----------------------|
|             |                   |                      |
| Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Podpis Ubezpiezonego |

#### 10. 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 oraz
- Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku albo Inwalidztwa będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia na Życie.

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

|             |                   |                      |
|-------------|-------------------|----------------------|
|             |                   |                      |
| Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Podpis Ubezpiezonego |

#### 11. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA CESJI

W imieniu PKO BP SA będącego cesjonariuszem i stroną ww. Umowy o Kartę Kredytową oświadczam, że przyjmuje ww. cesję wierzytelności.  
Potwierdzam złożenie podpisu

|             |                   |   |
|-------------|-------------------|---|
|             |                   |   |
| Miejscowość | Data (dd-mm-rrrr) | Podpis i pieczęć firmowa Ubezpieczającego - PKO Banku Polskiego SA/Pracownika PKO Banku Polskiego SA lub Pieczęć nagławkowa Agencji PKO Banku Polskiego SA, pieczęć imienna i podpis Agenta Banku/pracownika Agenta Banku |

W przypadku Przystąpienia do Ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności Ubezpiezonego i Ubezpieczającego, podpis w imieniu Ubezpieczającego/PKO Banku Polskiego SA składany jest za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu przepisów o podpisie elektronicznym i obejmuje oświadczenia z pkt 8 oraz pkt 11.