

**OGÓLNE WARUNKI 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**



Ubezpieczenia

Tabela poniższa zawiera zbiorcze zestawienie informacji zawartych 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.

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO</b>
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 pkt 15 , 17, 40-42, 45 definicje: odpowiednio leczenia szpitalnego, nieszczęśliwego wypadku, utraty dochodu z działalności gospodarczej, utraty pracy, utraty dochodu z innej pracy zarobkowej, zdarzenia ubezpieczeniowego § 3 ust. 1-4 przedmiot i zakres ubezpieczenia
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 4 ust. 4 ochrona w okresie karencji § 11 ust. 3 i ust. 8 limity świadczeń z tytułu utraty źródła dochodu § 12 ust. 4-5 limity świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 6 wyłączenia odpowiedzialności
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania	§ 2 pkt 26 oraz § 9
5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania	Nie dotyczy

# ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje

## ROZDZIAŁ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1.

Na podstawie niniejszych Ogólnych warunków 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, zwanych dalej „OWU”, PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w Warszawie zwane dalej „Ubezpieczycielem”, udziela ochrony ubezpieczeniowej na wypadek skutków wystąpienia następujących zdarzeń: Utraty źródła dochodu albo Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku osobom, które przystąpiły do ubezpieczenia w oparciu o niniejsze OWU oraz w ramach Umowy Ubezpieczenia, w rozumieniu OWU.

## ROZDZIAŁ 2 DEFINICJE

### § 2.

Użyte w OWU terminy i określenia mają następujące znaczenie:

- Amatorskie nurkowanie** – niezawodowe i niewyuczynowe nurkowanie z aparatem oddechowym (akwalungiem) maksymalnie do 10 metrów głębokości.
- Bank** – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (PKO BP SA).
- Bezrobotny** – osoba fizyczna mająca status bezrobotnego zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy lub na podstawie innych przepisów prawa polskiego, która utraciła pracę i po spełnieniu warunków określonych przepisami prawa zarejestrowała się w powiatowym urzędzie pracy, właściwym ze względu na swoje stałe lub czasowe miejsce zameldowania, jako osoba bezrobotna oraz posiadająca status bezrobotnego w terminach wymagalności spłaty Salda Zadłużenia, wskazanych w § 11 ust. 4.
- Cykl Rozliczeniowy** – ustalany między Posiadaczem Karty, a Ubezpieczającym powtarzalny miesięczny okres rozpoczynający się w dniu określonym w materiałach informacyjnych doręczonych Posiadaczowi Karty wraz z Kartą, a kończący się z upływem dnia poprzedzającego pierwszy dzień kolejnego Cyklu Rozliczeniowego.
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub w całym ustroju.
- Choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99). Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 dostępna jest m.in. na stronie <http://www.icd10.pl/>.
- Choroby istniejące przed Przystąpieniem do Ubezpieczenia** – choroby, które:
  - były przedmiotem leczenia, w tym farmakoterapii lub operacji lub rehabilitacji, w okresie 6 miesięcy poprzedzających datę Przystąpienia do Ubezpieczenia lub
  - zostały zdiagnozowane w okresie 6 miesięcy poprzedzających datę Przystąpienia do Ubezpieczenia.
- Deklaracja Przystąpienia** – pisemny wniosek Posiadacza Karty zawierający oświadczenie woli Przystąpienia do Ubezpieczenia w ramach Umowy Ubezpieczenia w charakterze Ubezpieczonego, składany najpóźniej przy zawarciu Umowy Karty i potwierdzony przez Ubezpieczającego, zawierający podstawowe informacje dotyczące ubezpieczenia, stanowiący jednocześnie dowód Przystąpienia do Ubezpieczenia. Deklaracja Przystąpienia może być składana w innej formie niż pisemnie, o ile taka forma zostanie dopuszczona przez Ubezpieczającego, o czym poinformuje on uprzednio Posiadacza Karty. Treść Deklaracji Przystąpienia ustala Ubezpieczyciel z Ubezpieczającym, który przedstawia ją Posiadaczowi Karty zamierzającemu Przystąpić do Ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU.
- Działalność gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, wykonywana przez Ubezpieczonego będącego osobą fizyczną w jego własnym imieniu, zarejestrowana w odpowiedniej ewidencji działalności gospodarczej. Za Działalność gospodarczą nie jest uznawana działalność wytwórcza w rolnictwie w zakresie upraw rolnych oraz chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego, działalność agroturystyczna, polegająca na wynajmowaniu przez rolników pokoi, sprzedaży posiłków domowych i świadczenia w gospodarstwach rolnych innych usług związanych z pobytem turystów, a także działalność obejmująca wyrób wina przez producentów będących rolnikami, którzy wyrabiają mniej niż 100 hektolitrów wina w ciągu roku gospodarczego.
- Inna praca zarobkowa** – świadczenie przez Ubezpieczonego usług na podstawie umowy agencyjnej albo umowy zlecenia albo umowy o dzieło albo innej umowy cywilnoprawnej, do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące umowy zlecenia, z wyłączeniem Kontraktu menadżerskiego.
- Karta** – karta kredytowa wydana przez Bank po dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia; kartą w rozumieniu niniejszych warunków jest: PKO MasterCard Platinum, PKO Visa Infinite, PKO Visa Electron Student, PKO Visa Classic, PKO MasterCard Standard, PKO Visa Gold, PKO MasterCard Gold, Przejrzysta karta kredytowa PKO Visa (przejrzysta), Partnerska karta PKO Vitay ze znakiem akceptacji Visa.
- Kontrakt menadżerski** – umowa cywilnoprawna, której przedmiotem jest osobiste zarządzanie przedsiębiorstwem lub jego częścią, na rachunek i ryzyko przedsiębiorcy za wynagrodzeniem, zawarta na czas nieokreślony albo określony.
- Kontrakt żołnierski** – umowa, na podstawie której żołnierz pełni służbę wojskową za wynagrodzeniem, zgodnie z ustawą o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych.
- Kontrakt marynarski** – umowa na podstawie której marynarz wykonuje prace na morzu za wynagrodzeniem podpisana zgodnie z zatwierdzonym przez International Transport Workers Federation układem zbiorowym pracy.
- Leczenie szpitalne** – pobyt w Szpitalu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w celach leczniczych, diagnostycznych lub wykonania zabiegu chirurgicznego trwający nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 4 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego leczenie w Szpitalu. Leczeniem szpitalnym nie jest: pobyt w domu opieki, w placówce zajmującej się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną (za wyjątkiem zabiegów ograniczających lub eliminujących skutki Nieszczęśliwego Wypadku), hospicjum, ośrodka rekonwalescencyjnym, rehabilitacyjnym, sanatoryjnym, wypoczynkowym. W rozumieniu niniejszych OWU Leczeniem szpitalnym nie jest też leczenie alkoholizmu albo innych uzależnień albo leczenie w trybie dziennym. Za datę wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Leczenia szpitalnego przyjmuje się pierwszy dzień, w którym Ubezpieczony został przyjęty do Szpitala w Okresie Ochrony w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, który wystąpił w Okresie Ubezpieczenia.
- Licencjonowane linie lotnicze** – przedsiębiorstwo transportu lotniczego uprawnione, stosownie do wymogów państwa siedziby przedsiębiorstwa, do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów, bagażu, towarów lub poczty.
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zaistniałe w Okresie Ubezpieczenia zdarzenie nagłe, wywołane działającą nagle i niezależnie od woli oraz stanu zdrowia Ubezpieczonego, przyczyną zewnętrzną z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów), będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Leczenia szpitalnego.
- Okres Ochrony** – okres mieszczący się w Okresie Ubezpieczenia, który rozpoczyna się każdorazowo dla danego Ubezpieczonego z momentem wykorzystania przez niego jakiegokolwiek części limitu kredytowego, a kończący się z chwilą jego spłaty. Ubezpieczony może mieć wiele Okresów Ochrony w ramach jednego Okresu Ubezpieczenia.
- Okres Ubezpieczenia** – okres 12 kolejnych Cykli Rozliczeniowych następujących po Przystąpieniu do Ubezpieczenia danego Posiadacza Karty, w ramach którego Ubezpieczyciel gotów jest udzielać ochrony w ramach Okresów Ochrony, zgodnie z OWU.
- Posiadacz Karty** – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem Umowę Karty.
- Poszukujący pracy** – osoba fizyczna, posiadająca status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz

- posiadająca taki status w terminie wymagalności spłaty Salda Zadłużenia wskazanym w § 11 ust. 9.
22. **Pozostawanie pod wpływem alkoholu** - stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ wzwyż albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dm<sup>3</sup> wzwyż.
  23. **Przystąpienie do Ubezpieczenia** - złożenie oświadczeń woli zgodnie z treścią Deklaracji Przystąpienia przedłożoną Posiadaczowi Karty, który chce skorzystać z ochrony w ramach niniejszych OWU.
  24. **Regulamin** - Regulamin wydawania i używania Karty, którym posługuje się Ubezpieczający i stanowiący część Umowy Karty zawartej przez Ubezpieczającego z Posiadaczem Karty.
  25. **Saldo Zadłużenia** - łączna kwota zobowiązań Posiadacza Karty wobec Banku z tytułu Umowy Karty (głównej i dodatkowych) obejmująca kwotę dokonanych transakcji, odsetki od wykorzystanego limitu kredytowego, o których mowa w Regulaminie oraz wszelkie opłaty związane z używaniem Karty.
  26. **Składka ubezpieczeniowa** - kwota, do której wpłacania zobowiązany jest Ubezpieczający na rachunek bankowy Ubezpieczyciela wskazany w zawartej z nim Umowie Ubezpieczenia oraz w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia
  27. **Stosunek pracy** - zatrudnienie na podstawie Umowy o pracę lub spółdzielczej Umowy o pracę lub Stosunku służbowego lub Kontraktu menadżerskiego lub Kontraktu żołnierskiego do których zastosowanie mają przepisy prawa polskiego lub na podstawie Kontraktu marynarskiego.
  28. **Stosunek służbowy** - zatrudnienie na podstawie powołania, wyboru lub mianowania, uregulowane obowiązującymi przepisami prawa polskiego.
  29. **Suma Ubezpieczenia** - kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, równa kwocie wykorzystanego Salda Zadłużenia odpowiednio:
    - w zakresie ryzyka Utraty Źródła Dochodu - na dzień poprzedzający dzień zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, z uwzględnieniem § 10 pkt 1,
    - w zakresie ryzyka Leczenia Szpitalnego - na dzień zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, z uwzględnieniem § 10 pkt 2.
  30. **Szpital** - placówka zamkniętej opieki zdrowotnej znajdująca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której zadaniem jest udzielenie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca personel medyczny. W rozumieniu niniejszych OWU Szpitalem nie jest: dom opieki, ośrodek lub szpital dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgnacyjna, hospicjum, ośrodek uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych oraz innych uzależnień, placówka zajmująca się chirurgią plastyczną lub kosmetyczną (za wyjątkiem przypadków kiedy wykonuje zabieg ograniczający lub eliminujący skutki Nieszczęśliwego Wypadku), ośrodek rekonwalescencyjny, rehabilitacyjny, uzdrowski, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy. Za Szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowskiego lub rehabilitacyjnego.
  31. **Świadczenie** - kwota należna Ubezpieczonemu w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
  32. **Świadczenia emerytalne lub rentowe z ubezpieczenia społecznego** - świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, tj. emerytura, renta z tytułu niezdolności do pracy, emerytura rolnicza lub renta rolnicza regulowane przepisami ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych lub przepisami o ubezpieczeniu społecznym rolników, ustalane na podstawie decyzji uprawnionego organu rentowego.
  33. **Ubezpieczający** - Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (PKO BP SA), która zawarła Umowę Ubezpieczenia.
  34. **Ubezpieczony** - wskazany przez Ubezpieczającego Posiadacz Karty, któremu Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w ramach Okresu Ubezpieczenia, na podstawie Deklaracji Przystąpienia.
  35. **Ubezpieczyciel** - PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie, dane identyfikujące Ubezpieczyciela, w tym dane adresowe zawarte są w Deklaracji Przystąpienia.
  36. **Umowa Karty** - umowa zawarta między Posiadaczem Karty a Bankiem w sprawie udzielenia limitu kredytowego na Kartcie, otwarcia rachunku Karty i wykonywania transakcji przy jej użyciu.
  37. **Umowa o pracę** - umowa o pracę w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy zawarta na czas nieokreślony albo określony.
  38. **Umowa Ubezpieczenia** - Umowa Grupowego Ubezpieczenia na wypadek Utraty źródła dochodu oraz Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku dla klientów PKO Banku Polskiego SA, którzy są Posiadaczami Kart kredytowych, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.
  39. **Utrata źródła dochodu** - ryzyko ubezpieczeniowe, na które składają się następujące Zdarzenia Ubezpieczeniowe, przy czym każde z nich jest adekwatne dla danej grupy Ubezpieczonych w zależności od uzyskiwanego przez nich źródła dochodu w danym momencie Okresu Ubezpieczenia:
    - 1) Utrata pracy,
    - 2) Utrata dochodu z Działalności gospodarczej,
    - 3) Utrata dochodu z Innej pracy zarobkowej.
  40. **Utrata dochodu z Działalności gospodarczej** - oznacza utratę dochodu z Działalności gospodarczej prowadzonej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
    - 1) nastąpiło zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej w Okresie Ochrony,
    - 2) Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego w ciągu 6 miesięcy od dnia zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej. Za datę wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Utraty dochodu z Działalności gospodarczej przyjmuje się udokumentowany dzień, w którym Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego.
  41. **Utrata pracy** - oznacza Utratę dochodu z tytułu Stosunku pracy, o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
    - ustanie Stosunku pracy nastąpiło z którejkolwiek z poniższych przyczyn zaistniałych w Okresie Ochrony:
      - a) rozwiązania przez pracodawcę Stosunku pracy za wypowiedzeniem, przy czym za takie wypowiedzenie nie uważa się rozwiązania Stosunku pracy w trybie wywołującym jedynie skutki rozwiązania stosunku pracy przez pracodawcę za wypowiedzeniem; w tym rozwiązania Umowy o pracę przez pracownika w trybie opisanym w art. 23(1) § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy,
      - b) rozwiązania Stosunku pracy na mocy porozumienia stron na podstawie art. 30 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy wyłącznie w związku z art. 1 lub art. 10 ustawy z 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
      - c) wygaśnięcia Stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy będącego osobą fizyczną albo ogłoszenia przez pracodawcę upadłości albo oddalenia przez sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
      - d) wygaśnięcia mandatu w ramach Stosunku służbowego z innych przyczyn, niż zrzeczenie się mandatu przez Ubezpieczonego,
      - e) odwołania ze stanowiska lub funkcji w ramach Stosunku służbowego z wyłączeniem sytuacji, gdy odwołanie następuje na wniosek Ubezpieczonego;
      - f) wygaśnięcia Kontraktu menadżerskiego lub żołnierskiego lub marynarskiego lub rozwiązania z innych przyczyn, niż wypowiedzenie przez Ubezpieczonego lub za porozumieniem stron;
 Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego w ciągu 6 miesięcy od chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa odpowiednio w ppkt 1 powyżej.
 Za datę wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Utraty pracy przyjmuje się udokumentowany dzień, w którym Ubezpieczony uzyskał status Bezrobotnego
  42. **Utrata dochodu z Innej pracy zarobkowej** - oznacza utratę dochodu z Innej pracy zarobkowej, o ile zostały spełnione łącznie poniższe kryteria:
    - 1) utrata dochodu nastąpiła na skutek
    - 2) rozwiązania umowy leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej, której stroną jest Ubezpieczony nieposiadający decyzji uprawnionego organu o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego, o ile rozwiązanie umowy leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej nastąpiło z przyczyn zaistniałych w Okresie Ochrony innych, niż wypowiedzenie albo odstąpienie od tej umowy przez Ubezpieczonego albo rozwiązanie jej za porozumieniem stron,
    - 3) Ubezpieczony uzyskał status osoby Poszukującej pracę w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia, o którym mowa w ppkt 1 powyżej.
 Za datę wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w postaci Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej przyjmuje się udokumentowany dzień, w którym Ubezpieczony uzyskał status osoby Poszukującej pracę.
  43. **Wiek** - liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego w dniu, w którym wiek jest liczony.

44. **Zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej:**
- 1) w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą – zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie danych znajdujących się w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej („CEIDG”)
  - 2) w przypadku Działalności gospodarczej prowadzonej w formie spółki osobowej – zakończenie prowadzenia Działalności gospodarczej stwierdzone przez Ubezpieczyciela na podstawie dokumentów potwierdzających rozwiązanie spółki osobowej zgodnie z przepisami Kodeksu spółek handlowych. Zawieszenie Działalności gospodarczej nie stanowi Zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej.
45. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – odpowiednio jedno z następujących zdarzeń:
- a) Utrata pracy,
  - b) Utrata dochodu z Działalności gospodarczej,
  - c) Utrata dochodu z Innej pracy zarobkowej, które zaszyły na skutek odpowiednich przyczyn wymienionych ppkt 1 w pkt 40-42 zaistniałych w Okresie Ochrony,
  - d) Leczenie szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. po zejściu, którego Ubezpieczony jest uprawniony do Świadczenia na podstawie OWU.

## ROZDZIAŁ 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko Utraty źródła dochodu Ubezpieczonego albo ryzyko Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia uzależniony jest od źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego zgodnie z poniższymi zasadami:
  - 1) Ubezpieczony, który uzyskuje dochód na podstawie Stosunku pracy, z zastrzeżeniem wyłączeń przewidzianych w § 6, jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową z tytułu następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych:
    - a) Utraty pracy albo
    - b) Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
  - 2) Ubezpieczony, który uzyskuje dochód z Działalności gospodarczej, z zastrzeżeniem wyłączeń przewidzianych w § 6, jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową z tytułu następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych:
    - a) Utraty dochodu z Działalności gospodarczej albo
    - b) Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
  - 3) Ubezpieczony, który uzyskuje dochód z Innej pracy zarobkowej, z zastrzeżeniem wyłączeń przewidzianych w § 6, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu następujących Zdarzeń Ubezpieczeniowych:
    - a) Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej albo
    - b) Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku

z zastrzeżeniem, że:

    - a) pomimo zmiany źródła dochodu w Okresie Ubezpieczenia Ubezpieczony pozostaje objęty ochroną w ryzyku Utraty źródła dochodu z uwzględnieniem postanowień § 11 ust. 3 pkt 2 dotyczących maksymalnej kwoty Świadczeń z tytułu Utraty pracy oraz Utraty dochodu z Działalności gospodarczej,
    - b) ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku udzielana jest wyłącznie: w okresie karencji wskazanym w § 4 ust. 4, jak również w sytuacji, gdy Suma Ubezpieczenia w ramach ryzyka Utraty źródła dochodu lub limit Świadczeń zostanie wyczerpany albo gdy Ubezpieczony nie spełnia przesłanek do objęcia go ochroną w zakresie Utraty źródła dochodu, w tym w sytuacjach, o których mowa w ust. 3.
3. W odniesieniu do Ubezpieczonych, wobec których odpowiedni organ rentowy wydał decyzję o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia udzielana jest ochrona w zakresie ryzyka Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objęty każdy Posiadacz Karty, który w dniu Przystąpienia do Ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat oraz w dniu Przystąpienia do Ubezpieczenia nie posiadał decyzji o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych.
5. Posiadacz Karty nie jest obejmowany ochroną w ryzyku Utraty źródła dochodu odpowiednio w stosunku do danego źródła dochodu, gdy w momencie złożenia Deklaracji Przystąpienia:

- 1) pozostawał w okresie wypowiedzenia Stosunku pracy lub został odwołany ze stanowiska lub funkcji w przypadku zatrudnienia na podstawie Stosunku służbowego, o ile Utrata pracy była skutkiem rozwiązania tego Stosunku pracy,
- 2) został poinformowany przez pracodawcę o grupowych zwolnieniach obejmujących Posiadacza Karty, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tych zwolnień grupowych,
- 3) został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze likwidacji stanowiska pracy Posiadacza Karty o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tej likwidacji stanowiska pracy,
- 4) posiadał Stosunek pracy z przedsiębiorcą, którego współnikiem jest krewny lub powinowaty Posiadacza Karty do drugiego stopnia włącznie,
- 5) przez okres 3 (trzech) miesięcy poprzedzających Przystąpienie do Ubezpieczenia nie prowadził nieprzerwanie Działalności gospodarczej lub w okresie tym został złożony wniosek o upadłość,
- 6) wiedział o złożonym przez:
  - a) stroną Stosunku pracy, lub
  - b) osobę, która była drugą stroną umowy leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej,
wniosku o upadłość, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem uznania upadłości albo oddalenia przez sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
- 7) w okresie ostatnich 3 (trzech) miesięcy kalendarzowych poprzedzających Przystąpienie do Ubezpieczenia posiadał status Bezrobotnego.

## ROZDZIAŁ 4 OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES OCHRONY

### § 4.

1. Okres Ubezpieczenia w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się indywidualnie w następnym dniu, po dniu Przystąpienia do Ubezpieczenia wynosi 12 następujących po sobie Cykli Rozliczeniowych pod warunkiem obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.
2. Okres Ubezpieczenia ulega każdorazowo odnowieniu na kolejny Okres Ubezpieczenia, o ile wcześniej Ubezpieczony nie powiadomi pisemnie Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego o braku zgody na odnowienie Okresu Ubezpieczenia (oświadczenie powinno zostać złożone do końca bieżącego Okresu Ubezpieczenia) albo Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający nie powiadomi o braku zgody na odnowienie Okresu Ubezpieczenia na co najmniej 30 dni przed końcem bieżącego Okresu Ubezpieczenia. W razie odnowienia Okresu Ubezpieczenia, ochrona udzielana jest na dotychczasowych warunkach, z zastrzeżeniem że nie stosuje się okresu karencji, o którym mowa w ust. 4.
3. W ramach każdego Okresu Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową, tj. ponosi odpowiedzialność na wypadek skutków zejścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych wymienionych w OWU.
4. Okres Ochrony rozpoczyna się każdorazowo z chwilą wykorzystania Salda Zadłużenia na Karcie Kredytowej przez Ubezpieczonego oraz kończy się każdorazowo z chwilą spłaty Salda Zadłużenia. W trakcie pierwszego Okresu Ubezpieczenia stosuje się okres karencji, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w zakresie ryzyka Utraty źródła dochodu jeżeli zdarzenie to nastąpi w okresie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia Przystąpienia do Ubezpieczenia.
5. W okresie karencji wskazanym w ust. 4 jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego: Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

## ROZDZIAŁ 5 ZAKOŃCZENIE OKRESU OCHRONY

### § 5.

1. Ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego kończy się w każdym z poniższych przypadków:
  - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego,
  - 2) z tytułu Utraty źródła dochodu, w zależności od tego, które ze zdarzeń wymienionych poniżej wystąpi jako pierwsze:
    - a) w dniu wypłaty Świadczenia jednorazowego, o którym mowa w § 11 ust. 8 w przypadku Ubezpieczonego, który uzyskuje dochód z Innej pracy zarobkowej, o ile nie spełnia przesłanek do objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Utraty pracy lub Utraty dochodu z Działalności gospodarczej,

- b) w dniu wyczerpania limitu Świadczeń, o którym mowa w § 11 ust. 3 – w przypadku Ubezpieczonego, który uzyskuje dochód ze Stosunku pracy lub z Działalności gospodarczej,
  - c) w dniu wydania decyzji przez odpowiedni organ emerytalny lub rentowy o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego przez Ubezpieczonego,
  - 3) z tytułu Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku - w dniu wyczerpania limitu Świadczeń, o którym mowa w § 12 ust. 4 lub ust. 5,
  - 4) z upływem ostatniego dnia Okresu Ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony powiadomi Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego o braku zgody na odnowienie Okresu Ubezpieczenia (oświadczenie powinno zostać złożone do końca bieżącego Okresu Ubezpieczenia),
  - 5) z upływem ostatniego dnia Cyklu Rozliczeniowego, w którym rozwiązano Umowę o Kartę z danym Ubezpieczonym,
  - 6) z upływem ostatniego dnia Cyklu Rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył wystąpienie (rezygnację) z grupowego ubezpieczenia,
  - 7) z upływem ostatniego dnia Cyklu Rozliczeniowego poprzedzającego Cykl Rozliczeniowy, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia,
  - 8) odstąpienia od grupowego ubezpieczenia stosownie do § 15 ust. 3 pkt 1 OWU, tj. w razie Przystąpienia do Ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności Ubezpieczonego i Ubezpieczającego.
- b) złożonym przez osobę, będącą drugą stroną umowy agencyjnej lub umowy zlecenia lub umowy o dzieło albo innej umowy cywilnoprawnej do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące umowy zlecenia, z wyłączeniem Kontraktu menadżerskiego, wniosku o upadłość, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem uznania upadłości albo oddalenia przez Sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
  - 12) w okresie 3 (trzech) miesięcy poprzedzających Przystąpienie do Ubezpieczenia nie prowadził nieprzerwanie Działalności gospodarczej lub w okresie tym został złożony wniosek o upadłość, jeżeli Utrata źródła dochodu była skutkiem Zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej.

## ROZDZIAŁ 6

### WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

#### § 6.

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności z tytułu Utraty źródła dochodu Ubezpieczonego w każdym z poniższych przypadków:
  - 1) jeżeli rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło na wniosek Ubezpieczonego, w tym rozwiązania Umowy o pracę przez pracownika w trybie opisanym w art. 23(1) § 4 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy lub z winy Ubezpieczonego lub na skutek rozwiązania Umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia,
  - 2) gdy Utrata pracy nastąpiła w wyniku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczonego zaproponowanych mu nowych warunków pracy lub płacy na podstawie wypowiedzenia tychże warunków w trybie art. 42 Kodeksu pracy,
  - 3) jeżeli Utrata pracy jest kolejną Utratą pracy występującą na skutek rozwiązania Stosunku pracy z tym samym pracodawcą, a Ubezpieczyciel wypłacił świadczenie z tytułu poprzedniej Utraty pracy,
  - 4) jeżeli w dniu Przystąpienia do Ubezpieczenia Ubezpieczony pozostawał w okresie wypowiedzenia Stosunku pracy lub został odwołany ze stanowiska lub funkcji w przypadku zatrudnienia na podstawie Stosunku służbowego, o ile Utrata pracy była skutkiem rozwiązania tego Stosunku pracy,
  - 5) jeżeli Ubezpieczony najpóźniej w momencie Przystąpienia do Ubezpieczenia został poinformowany przez pracodawcę o grupowych zwolnieniach obejmujących Ubezpieczonego, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tych zwolnień grupowych,
  - 6) jeżeli Ubezpieczony najpóźniej w momencie Przystąpienia do Ubezpieczenia został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze likwidacji stanowiska pracy Posiadacza Karty o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem tej likwidacji stanowiska pracy,
  - 7) jeżeli rozwiązanie Stosunku pracy nastąpiło w drodze porozumienia stron za wyjątkiem sytuacji, kiedy Stosunek pracy został rozwiązany na mocy porozumienia stron na podstawie art. 30 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy w związku z art. 1 lub art. 10 ustawy z 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników albo z winy Ubezpieczonego,
  - 8) jeżeli Ubezpieczony w trakcie Okresu Ubezpieczenia otrzymał decyzję o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego na podstawie decyzji organu rentowego,
  - 9) jeżeli Ubezpieczonemu w trakcie Okresu Ubezpieczenia wygasła umowa zawarta na czas określony lub ustał Stosunek pracy wskutek upływu terminu jego obowiązywania,
  - 10) jeżeli Utrata źródła dochodu nastąpiła w wyniku rozwiązania Stosunku pracy z przedsiębiorcą, której współnikiem jest krewny lub powinowaty Posiadacza Karty do drugiego stopnia włącznie,
  - 11) jeżeli Ubezpieczony najpóźniej w momencie Przystąpienia do Ubezpieczenia był poinformowany o:
    - a) złożonym przez drugą stronę Stosunku pracy lub
    - b) złożonym przez osobę, będącą drugą stroną umowy agencyjnej lub umowy zlecenia lub umowy o dzieło albo innej umowy cywilnoprawnej do której stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące umowy zlecenia, z wyłączeniem Kontraktu menadżerskiego, wniosku o upadłość, o ile Utrata źródła dochodu była skutkiem uznania upadłości albo oddalenia przez Sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
2. Ubezpieczyciel jest zwolniony z odpowiedzialności z tytułu Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w każdym z poniższych przypadków, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio na skutek:
  - 1) uprawiania przez Ubezpieczonego: narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, jazdy bobslejem, kolarstwa, zawodowego biegania, sportów walki, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków bungee, zorbingu, wyścigów samochodowych i motocyklowych (także amatorskich), rajdów lub akrobacji motorowych lub motorowodnych, wyścigów konnych, górskich spływów wodnych, nurkowania (z wyłączeniem Amatorskiego nurkowania), skoków do wody, żeglarstwa morskiego lub oceanicznego, paralotniarstwa, szybownictwa, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, spadochroniarstwa, myślistwa oraz wypraw na bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego, zawodowego uprawiania sportów drużynowych,
  - 2) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego,
  - 3) wypadku lotniczego, za wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
  - 4) katastrofy, w wyniku której nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
  - 5) Pozostawiania pod wpływem alkoholu przez Ubezpieczonego, pozostawiania pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, pod warunkiem, że miało to wpływ na powstanie zdarzenia wyliczonego przypadki, gdy Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej i stosował się do zaleceń lekarza i zaleceń zawartych w ulotkach do poszczególnych leków,
  - 6) uszkodzeń trzustki lub wątroby Ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu przez Ubezpieczonego,
  - 7) umyślnego samookaleczenia ciała lub próby samobójczej,
  - 8) Choroby psychicznej Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego,
  - 9) Chorób istniejących przed Przystąpieniem do Ubezpieczenia, bądź obrażeń ciała doznanych przed datą Przystąpienia do Ubezpieczenia,
  - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał ważnych uprawnień wymaganych przez prawo o ruchu drogowym, chyba że brak uprawnień nie miał wpływu na zajście zdarzenia lub jeżeli Ubezpieczony kierował tym pojazdem Pozostając pod wpływem alkoholu, Pozostając pod wpływem środków odurzających (w tym leków), środków psychotropowych lub narkotyków,
  - 11) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane),
  - 12) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego,
  - 13) leczenia szpitalnego związanego z planową operacją lub zabiegiem chirurgicznym lub operacją plastyczną lub zabiegiem z medycyny estetycznej,
  - 14) leczenia szpitalnego związanego z rehabilitacją; pobytami dziennymi w szpitalu lub sanatorium, pobytami w sanatorium.
  - 15) leczenia lub innych zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonymi poza kontrolą osób uprawnionych np. terapia zachorska.
3. Ponadto, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpiło w związku lub są następstwem:
  - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, działań energii jądrowej,

- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub w aktach terroryzmu, bądź innych aktach przemocy; przez akt terroryzmu rozumie się użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej.

## ROZDZIAŁ 7 UMOWA UBEZPIECZENIA ORAZ PRAWA I OBOWIĄZKI Z NIEJ WYNIKAJĄCE

### § 7.

1. Umowa Ubezpieczenia została zawarta na czas nieokreślony z możliwością jej rozwiązania za wypowiedzeniem w terminie 60 dni przez którąkolwiek ze stron.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do:
  - 1) udostępnienia obowiązujących OWU oraz wzoru Deklaracji Przystąpienia przed jej podpisaniem (lub złożeniem w innej formie, jeżeli taką przewidzi) Posiadaczom Karty, którzy chcą skorzystać z ochrony zastrzeżonej na ich rzecz w Umowie Ubezpieczenia,
  - 2) przechowywania oryginału Deklaracji Przystąpienia złożonej przez Ubezpieczonego zgodnie z wymogami obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych i tajemnicy ubezpieczeniowej,
  - 3) opłacania Składki Ubezpieczeniowej za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony ma prawo do żądania, by Ubezpieczyciel udzielił informacji o postanowieniach zawartej Umowy Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczony jest obowiązany zgłaszać Ubezpieczającemu zmiany swoich danych osobowych i teleadresowych zawartych w Deklaracji Przystąpienia.

## ROZDZIAŁ 8 PRYZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

### § 8.

1. Posiadacz Karty, który złożył Deklarację Przystąpienia stanowiącą dowód Przystąpienia do Ubezpieczenia, na podstawie niniejszych OWU obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia. Deklaracja Przystąpienia sporządzana i podpisywana jest w momencie zawierania Umowy o Kartę, o ile Ubezpieczający nie udostępni Posiadaczowi Karty składania Deklaracji Przystąpienia w innej formie, o czym go uprzednio poinformuje.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed Przystąpieniem do Ubezpieczenia.
3. W czasie trwania Ubezpieczenia Ubezpieczający oraz Ubezpieczony zobowiązany jest zgłaszać zmiany okoliczności, o których mowa w ust. 2. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach Ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2 lub 3 nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela. Jeżeli do naruszenia ust. 2 lub 3 doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
5. Przystąpić do Ubezpieczenia może Posiadacz Karty, który w dniu Przystąpienia do Ubezpieczenia ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat oraz w stosunku do którego nie zachodzą przesłanki wyłączające objęcie go ochroną ubezpieczeniową wymienione w § 3 ust. 5
6. Posiadacz Karty może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu więcej niż jednej Karty.
7. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Posiadacza Karty.

## ROZDZIAŁ 9 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

### § 9.

1. Składki Ubezpieczeniowe za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia opłacane są w okresach miesięcznych przez Ubezpieczającego, w wysokości równej iloczynowi taryfy Składki Ubezpieczeniowej i Salda Zadłużenia na ostatni dzień Cyklu Rozliczeniowego wszystkich Ubezpieczonych.
2. Sposób obliczania i opłacania Składek Ubezpieczeniowych oraz termin ich opłacania określa Umowa Ubezpieczenia.

3. Taryfa Składki Ubezpieczeniowej uzależniona jest od zakresu ubezpieczenia. Taryfa Składki Ubezpieczeniowej uzależniona jest również od struktury grupy Ubezpieczonych oraz liczby i rodzaju zgłaszanych Zdarzeń Ubezpieczeniowych z tytułu zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia a także od rodzaju Karty.

## ROZDZIAŁ 10 SUMA UBEZPIECZENIA

### § 10.

Suma Ubezpieczenia jest to kwota będąca podstawą do ustalenia wysokości Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela, równa:

- 1) w przypadku Utraty Źródła dochodu: kwocie wykorzystanego Salda Zadłużenia na dzień poprzedzający dzień:
  - a) otrzymania przez Ubezpieczonego oświadczenia woli drugiej strony o wypowiedzeniu umowy łączącej u podstaw Innej pracy zarobkowej albo
  - b) otrzymania przez Ubezpieczonego oświadczenia o wypowiedzeniu, przez drugą stronę umowy, łączącej u podstawy Stosunku pracy albo
  - c) wygaśnięcia Stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy będącego osobą fizyczną albo ogłoszenia przez pracodawcę upadłości albo oddalenia przez sąd wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego; albo
  - d) wygaśnięcia mandatu w ramach Stosunku służbowego z innych przyczyn, niż zrzeczenie się mandatu przez Ubezpieczonego albo
  - e) odwołania ze stanowiska lub funkcji w ramach Stosunku służbowego z wyłączeniem sytuacji, gdy odwołanie następuje na wniosek Ubezpieczonego albo
  - f) wygaśnięcia Kontraktu menadżerskiego lub żołnierskiego lub marynarskiego lub rozwiązania z innych przyczyn, niż wypowiedzenie przez Ubezpieczonego lub za porozumieniem stron albo
  - g) Zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej
- 2) W przypadku Leczenia Szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku: kwocie wykorzystanego Salda Zadłużenia na pierwszy dzień pobytu w Szpitalu.

Z zastrzeżeniem, że jeżeli w dniu poprzedzającym dzień, o którym mowa powyżej, w pkt 1, Saldo zadłużenia w ogóle nie zostało wykorzystane, to Suma Ubezpieczenia równa jest średniej kwocie wykorzystanego Salda zadłużenia z Cyklu Rozliczeniowego poprzedzającego jeden z dni, o którym mowa w pkt 1.

## ROZDZIAŁ 11. ŚWIADCZENIA

Wysokość i rodzaj poszczególnych Świadczeń Ubezpieczonego zależą od rodzaju Zdarzenia Ubezpieczeniowego w ramach Sumy Ubezpieczenia oraz limitu Świadczeń przewidzianego w poniższych paragrafach, przy czym każda wypłata Świadczenia zmniejsza Sumę Ubezpieczenia.

### ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU

#### § 11.

1. W razie wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenia przewidziane w niniejszym paragrafie uzależnione od źródła dochodu, po przeprowadzeniu postępowania likwidacyjnego oraz w terminach określonych w § 13.
2. Świadczenie z tytułu zdarzenia Utraty pracy oraz Świadczenie z tytułu Utraty dochodu z Działalności gospodarczej jest Świadczeniem miesięcznym odpowiadającym wysokości 10% Sumy Ubezpieczenia (Świadczenie miesięczne).
3. Wysokość Świadczenia miesięcznego dla jednego Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest zawsze taka sama i jest wyliczona zgodnie z ust. 2 powyżej, z uwzględnieniem poniższych postanowień:
  - 1) maksymalna wysokość każdego Świadczenia miesięcznego nie może być większa niż 3 000 PLN, w przypadku, gdy wyliczenie oparte o ust. 2 powyżej jest wyższe niż 3 000 PLN, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie miesięczne w wysokości 3 000 PLN,
  - 2) łączna wysokość Świadczeń miesięcznych z tytułu zdarzenia Utraty Pracy oraz z tytułu Utraty dochodu z Działalności gospodarczej (zarówno każdego z osobna zdarzenia jak i łącznie obu zdarzeń) w całym Okresie Ubezpieczenia nie może przekroczyć kwoty stanowiącej równowartość 12 (dwunastu) Świadczeń miesięcznych oraz nie może być wyższa niż 36 000

- PLN w Okresie Ubezpieczenia, bez względu na liczbę przypadków Utraty pracy lub Utraty dochodu z Działalności gospodarczej.
4. Świadczenie miesięczne należne jest następująco:
    - 1) pierwsze Świadczenie miesięczne należne jest w dacie wymagalności najbliższej spłaty Salda Zadłużenia po uzyskaniu statusu Bezrobotnego, o ile Ubezpieczony posiada nadal ten status w dacie spłaty Salda Zadłużenia,
    - 2) kolejne Świadczenia miesięczne są należne za każdy udokumentowany okres pozostawania Bezrobotnym, tj. o ile w dacie wymagalności kolejnej spłaty Salda Zadłużenia Ubezpieczony nadal posiada status Bezrobotnego a w przypadku, gdy Umowa o Kartę została rozwiązana Ubezpieczony posiada status Bezrobotnego w dacie odpowiadającej dacie kalendarzowej spłaty Salda Zadłużenia z Umowy o Kartę.
  5. Świadczenie miesięczne z tytułu Utraty pracy lub Utraty dochodu z Działalności gospodarczej przestaje być należne i przestaje być wypłacane począwszy od dnia następnego po dniu zajścia któregokolwiek z poniższych przypadków:
    - 1) Ubezpieczony otrzymał decyzję o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego na podstawie decyzji organu rentowego,
    - 2) Ubezpieczony ponownie nawiązał Stosunek pracy lub też podjął Działalność gospodarczą lub został zatrudniony na podstawie umowy leżącej u podstaw Innej pracy zarobkowej,
    - 3) Ubezpieczony utracił status Bezrobotnego.
  6. Niezależnie od postanowień ust. 5 Świadczenie miesięczne z tytułu Utraty pracy przestaje być należne i przestaje być wypłacane Ubezpieczonemu począwszy od dnia wymagalności kolejnej spłaty Salda Zadłużenia, która przypada po miesiącu, w którym rozwiązaniu uległby Stosunek pracy nawiązany na czas określony, gdyby Stosunek pracy trwał zgodnie z pierwotnie określonym terminem jego obowiązywania.
  7. Świadczenie z tytułu Utraty dochodu z Innej pracy zarobkowej jest Świadczeniem jednorazowym należnym i wypłacanym wyłącznie raz w całym Okresie Ubezpieczenia (Świadczenie jednorazowe).
  8. Wysokość Świadczenia jednorazowego wynosi 10% Sumy Ubezpieczenia, jednakże w kwocie nie wyższej niż 3 000 PLN. W przypadku, gdy tak wyliczona kwota jest wyższa niż 3 000 PLN, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie jednorazowe w ramach należnej kwoty w wysokości 3 000 PLN.
  9. Świadczenie jednorazowe jest należne w dacie wymagalności najbliższej spłaty Salda Zadłużenia po uzyskaniu statusu Poszukującego pracy, o ile Ubezpieczony posiada nadal ten status w dacie spłaty Salda Zadłużenia.

## ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU LECZENIA SZPITALNEGO

### § 12.

1. 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.
2. W przypadku, gdy Leczenie szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1, trwa nieprzerwanie powyżej 8 dni, Ubezpieczyciel wypłaci dodatkowe świadczenie za każdy dzień pobytu w Szpitalu powyżej 8 dnia (świadczenie dzienne szpitalne). Świadczenie dzienne szpitalne równe jest wysokości 1% Sumy Ubezpieczenia.
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 1 i 2 nie przysługują za dni, w trakcie których nastąpiła przerwa w Leczeniu szpitalnym na skutek udzielenia Ubezpieczonemu przepustki.
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.
5. Łączna kwota Świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu Leczenia szpitalnego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nie może przekroczyć kwoty 36 000 PLN w Okresie Ubezpieczenia, bez względu na ilość przypadków Leczenia szpitalnego.
6. Leczenie szpitalne w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku musi nastąpić nie później niż przed upływem 180 dni od dnia wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Leczenia szpitalnego.

## ROZDZIAŁ 12 POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

### § 13.

1. W razie wystąpienia któregokolwiek ze Zdarzeń Ubezpieczeniowych określonych w § 3 objętych ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie zgłosić powyższe bezpośrednio do Ubezpieczyciela telefonicznie na numer 815 356 766 lub pisemnie albo za pośrednictwem Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela. Formularz zgłoszenia roszczenia dostępny jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl) lub w placówkach Banku.
2. W terminie 7 (siedmiu) dni kalendarzowych od dnia otrzymania powyższego zawiadomienia, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, o rejestracji zgłoszenia oraz podejmie postępowanie likwidacyjne dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia. Ponadto poinformuje 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. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia może zgłosić również spadkobierca Ubezpieczonego; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wydania decyzji o przyznaniu lub odmowie Świadczenia oraz wypłaty przysługującego Świadczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 powyżej, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 (czternastu) dni kalendarzowych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 4 powyżej.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie:
  - 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
  - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
 przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń z Umowy Ubezpieczenia w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część świadczenia.
7. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel powinien poinformować o tym na piśmie:
  - 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
  - 2) Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie,
 wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
9. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
10. Osoby, o których mowa w ust. 8 i 9 mają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów wynikających z udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile taki wniosek złożą do Rzecznika Finansowego lub innego organu reprezentującego interesy uprawnionych z umowy ubezpieczenia lub ochrony konsumentów, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
11. Świadczenie jest wypłacane w polskich złotych Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia, w tym Bankowi w zakresie i wysokości wynikającej z umowy cesji.
12. Ubezpieczyciel zobowiązany jest udostępnić wszystkim Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia informacje i dokumenty zgromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia. Ww. osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia

na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.

13. Ubezpieczony obowiązany jest osobiście lub za pośrednictwem Ubezpieczającego zgłaszać Ubezpieczycielowi informację o wydaniu decyzji przez odpowiedni organ rentowy o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego przez Ubezpieczonego lub jej zmiany, o ile to ma wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

#### DOKUMENTACJA NIEZBĘDNA DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA

##### §14.

1. W razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony zobowiązany jest:
  - 1) podjąć aktywną współpracę z Ubezpieczycielem w celu ustalenia okoliczności i przyczyn zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, w tym umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do tych okoliczności i przyczyn,
  - 2) dokonać zgłoszenia roszczenia telefonicznie lub pisemnie,
  - 3) w przypadku wystąpienia zdarzenia polegającego na Utracie pracy po każdorazowym wystąpieniu zdarzenia dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
    - a) ostatnią umowę na podstawie której zawarto Stosunek pracy (tzn. Umowa o pracę, spółdzielcza umowa o pracę, akt powołania, akt nominacyjny, dokument wyboru na stanowisko - mandat, Kontrakt menedżerski, Kontrakt marynarski, Kontrakt żołnierski),
    - b) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu Stosunku pracy,
    - c) decyzja z urzędu pracy o uzyskaniu statusu Bezrobotnego,
    - d) a ponadto przed każdorazową wypłatą kolejnego Świadczenia miesięcznego potwierdzenie z urzędu pracy o pozostawaniu Bezrobotnym lub dowód pobrania zasiłku dla Bezrobotnych za okres, w którym przypada termin wymagalności kolejnej spłaty Salda Zadłużenia.
  - 4) w przypadku wystąpienia zdarzenia polegającego na Utracie dochodu z Działalności gospodarczej po każdorazowym wystąpieniu zdarzenia dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
    - a) w przypadku wniosku o wykreślenie wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej („CEIDG”) - gdy Działalność gospodarcza prowadzona jest przez osobę fizyczną,
    - b) kopia wniosku o otwarcie likwidacji spółki osobowej lub kopia wniosku o wykreślenie z KRS wraz z prezentatą sądu do którego wniosek został złożony lub
    - c) kopia prawomocnego postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości albo o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego - gdy Działalność gospodarcza prowadzona jest w formie spółki osobowej,
    - d) decyzja z urzędu pracy o uzyskaniu statusu Bezrobotnego,
    - e) a ponadto przed każdorazową wypłatą kolejnego Świadczenia miesięcznego potwierdzenie z urzędu pracy o pozostawaniu Bezrobotnym lub dowód pobrania zasiłku dla Bezrobotnych za okres, w którym przypada termin wymagalności kolejnej spłaty Salda Zadłużenia.
  - 5) w przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na Utracie dochodu z Innej pracy zarobkowej po każdorazowym wystąpieniu zdarzenia dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
    - a) dokument potwierdzający zatrudnienie (tzn. umowa o zlecenie, umowa o dzieło, umowa agencyjna.),
    - b) oświadczenie zlecającego usługi o rozwiązaniu umowy zatrudnienia,
    - c) decyzja z urzędu pracy o uzyskaniu statusu Poszukującego pracę.
  - 6) w przypadku wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty i informacje:
    - a) karta wypisu ze szpitala,
    - b) dokumentacja medyczna określająca rodzaj i przyczynę leczenia szpitalnego,
    - c) dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (protokoły powypadkowe policji lub dokumenty sporządzone przez prokuraturę, sąd, straż pożarną lub służby BHP, jeśli było prowadzone postępowanie dotyczące wypadku),
    - d) kopia prawa jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i ubezpieczony był kierującym pojazdem (w przypadku braku prawa jazdy

wymagany jest sporządzony przez policję lub prokuraturę dokument zawierający informację, że ubezpieczony prowadził pojazd mając odpowiednie uprawnienia).

2. Ponadto, do każdego zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający zobowiązany będzie dołączyć następującą dokumentację:
  - 1) pisemną informację o wysokości wykorzystanego Salda Zadłużenia z dnia wskazanego przez Ubezpieczyciela lub średnią kwotę wykorzystanego Salda Zadłużenia z Cyklu Rozliczeniowego wskazanego przez Ubezpieczyciela,
  - 2) kopię Umowy Karty.
3. W uzasadnionych przypadkach, Ubezpieczyciel uprawniony jest do wystąpienia o przedłożenie innych dokumentów i informacji niż wskazane w ust. 1, o ile z dostarczonych wcześniej dokumentów nie udało się jednoznacznie ustalić odpowiedzialności ubezpieczeniowej lub wysokości Świadczenia Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego i Ubezpieczającego na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę o dodatkowych dokumentach, jakie są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności lub wysokości roszczenia.
4. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo weryfikacji informacji i dokumentów dostarczonych przez Ubezpieczonego w granicach przewidzianych prawem lub na podstawie zgody Ubezpieczonego.

#### ROZDZIAŁ 13

#### ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

##### § 15.

1. Ubezpieczający ma prawo do pisemnego odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, co nie zwalnia go od obowiązku opłacenia składek za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu.
2. Ubezpieczony ma prawo w drodze jednostronnego oświadczenia zrezygnować z ubezpieczenia w następujących sytuacjach:
  - 1) w przypadku Przystąpienia do Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego będącego konsumentem bez jednoczesnej obecności jego i Ubezpieczającego, Ubezpieczony, ma prawo złożyć pisemne oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia Ubezpieczającemu, w terminie 30 dni od dnia otrzymania informacji, które należy przekazać Ubezpieczonemu na podstawie przepisów ustawy o prawach konsumenta, wówczas ochrona ustaje z dniem otrzymania oświadczenia o odstąpieniu;
  - 2) w trakcie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczony ma prawo wystąpić (zrezygnować) z j Umowy Ubezpieczenia, wówczas za datę wystąpienia Ubezpieczonego z ubezpieczenia przyjmuje się ostatni dzień Cyklu Rozliczeniowego, w którym złożone zostało pisemne oświadczenie o wystąpieniu (rezygnacji) z Umowy Ubezpieczenia.
  - 3) Ubezpieczony ma prawo powiadomić pisemnie Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego o braku zgody na odnowienie Okresu Ubezpieczenia. Oświadczenie powinno zostać złożone do końca bieżącego Okresu Ubezpieczenia, wówczas ochrona ustaje z upływem ostatniego dnia Okresu Ochrony w ramach bieżącego Okresu Ubezpieczenia.
3. Złożenie oświadczenia o odstąpieniu przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia albo oświadczenia Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia nie ma wpływu na na rozpoczęte Okresy Ubezpieczenia tych Ubezpieczonych, którzy Przystąpili do Ubezpieczenia przed ww. datą. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia ostatniego Cyklu Rozliczeniowego Okresu Ubezpieczenia rozpoczętego przed datą złożenia ww. oświadczeń przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela, jednakże od daty złożenia ww. oświadczeń nowi Posiadacze Kart nie będą mogli przystępować do ubezpieczenia, a dotychczasowi Ubezpieczeni nie będą mogli odnawiać Okresów Ubezpieczenia.
4. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek oświadczenia złożonego przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela, w następujących sytuacjach:
  - 1) Ubezpieczający i Ubezpieczyciel mają prawo pisemnego wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia,
  - 2) jeżeli Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający nie przyjmie wniosku drugiej strony Umowy Ubezpieczenia o zmianę warunków ubezpieczenia, równoznaczne jest to ze złożeniem wypowiedzenia przez stronę składającą wniosek, wówczas ochrona Ubezpieczonych, kończy się na warunkach opisanych w pkt 1 oraz ust 3;
  - 3) w razie braku płatności kolejnej raty składki, zgodnie z ust. 5.
5. W przypadku nie opłacenia w terminie kolejnej raty składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki z pouczeniem, że brak zapłaty zaległej składki w terminie 7 dni od otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.



## ROZDZIAŁ 14 SKARGI I REKLAMACJE

### § 16.

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia dotyczącej Ubezpieczenia Utraty dochodu albo Leczenia szpitalnego lub Umowy Ubezpieczenia dotyczącej Ubezpieczenia na Życie lub osoba, której Ubezpieczyciel albo Ubezpieczający złożył propozycję zawarcia ww. Umów, uprawniony jest do złożenia reklamacji dotyczącej jakości usług świadczonych przez danego Ubezpieczyciela albo działalności prowadzonej przez danego Ubezpieczyciela, jak również skargi dotyczącej zawarcia i realizacji którejkolwiek Umowy Ubezpieczenia, w tym skargi lub zażalenia na decyzję o odmowie przyznania Świadczenia w całości lub w części, zwanych dalej łącznie „skargami”.
2. Skargi można składać osobiście, pisemnie na adres Ubezpieczyciela wskazany w OWU, telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem formularza reklamacyjnego zamieszczonego na stronie internetowej: [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl).
3. Skarżący ma prawo złożyć skargę za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do skargi załącza pełnomocnictwo udzielone pisemnie przez skarżącego.
4. Złożenie skargi niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia skarżącego, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi.
5. Skarżący może podać inne dane obok imienia, nazwiska oraz adresu zamieszkania, w celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania skargi i wyjaśnienia ewentualnych wątpliwości przed udzieleniem odpowiedzi przez Ubezpieczyciela.
6. Na żądanie skarżącego, Ubezpieczyciel wystawia potwierdzenie wpłynięcia skargi pisemnie albo w formie wskazanej przez skarżącego.
7. Odpowiedź na skargę powinna zostać udzielona nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi.
8. Jeżeli w terminie określonym w ust. 7 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia skargi okazałoby się niemożliwe, Ubezpieczyciel powiadomi skarżącego o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu wskazując okoliczności, które jeszcze powinny zostać ustalone oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę, jednak nie późniejszy niż 60 dni od dnia otrzymania skargi.
9. Skarżący zostanie powiadomiony o rozpatrzeniu skargi w formie wybranej przez siebie poprzez jej określenie w treści skargi lub wskazanie numeru telefonu lub adresu e-mail.
10. Odpowiedź na skargę zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą trwałego nośnika informacji (tj. nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtworzenie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci) lub na wniosek skarżącego pocztą elektroniczną.
11. Odpowiedź na skargę zawiera odniesienie się do zarzutów skarżącego, uzasadnienie faktyczne i prawne stanowiska Ubezpieczyciela oraz określenie terminu, w którym roszczenie podniesione w skardze rozpatrzonej zgodnie z wolą klienta zostanie zrealizowane. Odpowiedź zostaje podpisana przez umocowanego pracownika ze wskazaniem jego imienia i nazwiska oraz stanowiska służbowego.
12. W przypadku nieuwzględnienia roszczeń skarżącego w całości lub w części, w odpowiedzi na skargę zawarte będzie pouczenie o możliwości i sposobach odwołania się od stanowiska Ubezpieczyciela oraz możliwości wystąpienia z powództwem do sądu powszechnego.
13. Skargi wynikające z realizacji Umowy Ubezpieczenia mogą być kierowane również do Rzecznika Finansowego lub do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
14. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
15. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania skarg publikowane są dodatkowo na stronie internetowej [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl).
16. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy stronami w zakresie wynikającym z realizacji Umów Ubezpieczenia jest język polski

## ROZDZIAŁ 15 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 17.

1. Korespondencja pomiędzy stronami Umowy Ubezpieczenia oraz pomiędzy Ubezpieczycielem, a Ubezpieczonym lub uprawnionym z ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres adresata. Strona Umowy Ubezpieczenia oraz Ubezpieczony zobowiązani są

do niezwłocznego informowania się wzajemnie o zmianie swoich danych adresowych.

2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego, Kodeksu pracy, Kodeksu spółek handlowych, ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonego, Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, które posiada i przetwarza w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.

### § 18.

Niniejsze OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu PKO Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej w dniu 29 września 2015 i wchodzi w życie z dniem 9 stycznia 2016 roku.

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

  
Stawomir Łopalewski

Prezes Zarządu  
Stawomir Łopalewski



Członek Zarządu  
Danuta Gołaszewska

