



WNIOSKO-POLISA NR

UMOWY UBEZPIECZENIA

Niniejszy dokument Wniosko-Polisy stanowi potwierdzenie zawarcia następujących Umów Ubezpieczenia:

- 1) Umowy na życie oraz
 - 2) Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa,
- zwanych dalej łącznie „Umowami Ubezpieczenia”, do których zastosowanie ma następujący wzorzec:

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Warunki ubezpieczenia dla Pożyczkobiorców PKO Banku Polskiego SA obejmujące warunki ubezpieczenia na życie oraz warunki ubezpieczenia spłaty Pożyczki Gotówkowej na wypadek Utraty źródła dochodu albo Inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, zatwierdzone przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 28 lutego 2017 r. w zakresie postanowień dotyczących Umowy na Życie i postanowień wspólnych oraz przez Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 28 lutego 2017 r. w zakresie postanowień dotyczących Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa i postanowień wspólnych, zwane dalej „WU”.

Umowy Ubezpieczenia oferowane są przez dwóch Ubezpieczycieli. W celu uproszczenia procesu zawierania obu Umów Ubezpieczenia zastosowano wspólną dokumentację umowną, jednakże każdy z Ubezpieczycieli odpowiada jedynie w zakresie zawartej z nim Umowy Ubezpieczenia.

UBEZPIECZYCIELE

Umowa na Życie – zostaje zawarta z **PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna** z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 000031094, NIP 521-04-19-914, kapitał zakładowy: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony, posiadająca zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w Dziale I Ubezpieczenia na życie, wydane przez Ministra Finansów (zwana dalej „**PKO Życie**”) oraz

Umowa Utraty Dochodu albo Inwalidztwa – zostaje zawarta z **PKO Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna** z siedzibą w Warszawie ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000551487, NIP: 5272734144, kapitał zakładowy w wysokości 25.000.000 zł w całości wpłacony, 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 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego (zwana dalej „**PKO Majątek**”).

DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000026438; NIP: 525-000-77-38; kapitał zakładowy (kapitał wpłacony) 1 250 000 000 zł, (zwana dalej „**PKO BP SA**” lub „**Agent**”).

Nr umowy Pożyczki Gotówkowej

1. PIERWSZY UBEZPIECZONY/UBEZPIECZAJĄCY

Pierwsze Imię	<input type="text"/>	Drugie Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	Dokument Tożsamości	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Nr telefonu komórkowego	<input type="text"/>		
	Nr kier. kraju		
E-mail	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod pocztowy	Miejscowość	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu Poczta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer PID Klienta	<input type="text"/>		

DRUGI UBEZPIECZONY

Pierwsze Imię	<input type="text"/>	Drugie Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>	Dokument Tożsamości	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>	Data urodzenia	<input type="text"/>
Nr telefonu komórkowego	<input type="text"/>		
	Nr kier. kraju		
E-mail	<input type="text"/>		
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Kod pocztowy	Miejscowość	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Ulica	Nr domu	Nr lokalu Poczta
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer PID Klienta	<input type="text"/>		

2. ZAKRES I WARUNKI UMOWY NA ŻYCIE

Suma Ubezpieczenia - kwota równa Saldu Zadłużenia wynikającemu z Pierwotnego Harmonogramu Spłat Pożyczki Gotówkowej.

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Zgon Ubezpieczonego	Iloczyn Pierwotnego Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia na dzień zgonu

3. ZAKRES I WARUNKI UMOWY UTRATY DOCHODU ALBO INWALIDZTWA

Suma Ubezpieczenia - kwota równa Saldu Zadłużenia wynikającemu z Pierwotnego Harmonogramu Spłat Pożyczki Gotówkowej.

LP.	ZAKRES UBEZPIECZENIA	ŹRÓDŁO DOCHODU UBEZPIECZONEGO	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W RAMACH SUMY UBEZPIECZENIA LUB LIMITU ŚWIADCZEŃ Z ZASTOSOWANIEM UDZIAŁU PROCENTOWEGO	
1	Utrata Źródła Dochodu (Utrata Pracy/ Utrata dochodu z Działalności Gospodarczej/ Utrata dochodu z Innej pracy zarobkowej)	Stosunek pracy/ Działalność gospodarcza	Maksymalnie 12 Rat	Świadczenie miesięczne należne zgodnie z § 11 ust. 3-6 WU
		Inna praca zarobkowa	Maksymalnie 1 Rata	Świadczenie jednorazowe należne zgodnie z § 11 ust. 7-9 WU
2	Inwalidztwo (w okresie karencji albo braku źródła dochodu w dniu Nieszczęśliwego Wypadku albo wyczerpania limitu świadczeń lub Sumy Ubezpieczenia albo gdy po zawarciu Umowy, organ rentowy wydał decyzję o podjęciu wypłaty Świadczeń emerytalnych lub rentowych)	Stosunek pracy/ Działalność gospodarcza	Świadczenie należne w zakresie pkt 1 Tabeli zawartej w § 12 WU	
		Inna praca zarobkowa	Świadczenie należne w pełnym zakresie pkt 1-3 Tabeli zawartej w § 12 WU	
	Inwalidztwo	Ustalone prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych i brak dochodu z Innej pracy zarobkowej	Świadczenie należne w pełnym zakresie pkt 1-3 Tabeli zawartej w § 12 WU (procent Sumy Ubezpieczenia przypisany do danego zdarzenia powiększony o 10 punktów procentowych w stosunku do wartości określonych Tabeli)	

4. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Okres Ochrony dla Umowy na Życie oraz dla Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa	Zgodnie z § 4 i § 5 WU
---	------------------------

5. SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

Wysokość Pożyczki Gotówkowej będąca podstawą do obliczenia Składek Ubezpieczeniowych	
Łączna wysokość składek ubezpieczeniowych, w tym:	
1) Składka z tytułu Umowy na Życie	
2) Składka z tytułu Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa	

6. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH UBEZPIECZONEGO

Administratorem przekazanych danych osobowych jest:

- PKO Życie - w zakresie Umowy na Życie,
- PKO Majątek - w zakresie Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa.

Dane osobowe zawarte we Wniosku-Polisie oraz pozyskane w przyszłości w związku ze świadczeniem przez Ubezpieczycieli ochronę ubezpieczeniową będą przetwarzane odrębnie przez każdego z ww. Ubezpieczycieli w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania ww. Umów 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 przepisach o ochronie danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do zawarcia i realizacji Umowy na Życie oraz Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa. Dane osobowe objęte Umowami Ubezpieczenia mogą być przekazane reasekuratorowi w zakresie i w celu niezbędnym do wykonania umowy reasekuracji zawartej pomiędzy nim a Ubezpieczycielami.

7. OŚWIADCZENIA I ZGODY

Oświadczam, że:

- otrzymałem(-am) i zapoznałem(-am) się z treścią WU i Karty Produktu, przekazanych mi przed zawarciem Umów Ubezpieczenia, w tym z wyłączeniami i ograniczeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela zawartymi w § 6 WU;
- wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy na Życie oraz Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), iż Suma Ubezpieczenia w Umowach Ubezpieczenia jest zmienna, zgodnie z postanowieniami §10 - §12 WU oraz wyrażam zgodę na jej wysokość;
- spełniam warunki do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Utraty źródła dochodu i nie zachodzą okoliczności wymienione w § 3 ust. 6 WU;
- w ciągu 12 miesięcy przed zawarciem Umowy na Życie nie chorowałem (am) na następujące schorzenia: nowotwór złośliwy (w tym białaczka oraz choroba mieloproliferacyjna), choroba niedokrwienna serca (w tym zawał serca), udar mózgu, cukrzyca leczona insuliną, marskość wątroby;
- wyrażam zgodę na przekazywanie do PKO Życie i PKO Majątek (w zakresie koniecznym do realizacji przez każdego Ubezpieczyciela świadczeń wynikających z udzielonej mi ochrony) przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, a także informacji o przyczynie mojej

śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięgnięcie 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;

- 6) 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 Umowy na Życie oraz Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa, w zakresie informacji objętych niniejszą Wniosko-Polisą oraz w zakresie niezbędnym do aktualizacji moich danych kontaktowych oraz realizacji dyspozycji i oświadczeń woli złożonych do któregośkolwiek z Ubezpieczycieli, a także upoważniam wyżej wskazanych Ubezpieczycieli do przekazywania informacji o zawartych Umowach Ubezpieczenia i zmianie uprawnionych do świadczenia do PKO BP SA;
- 7) udzielam zgody na doręczanie mi odpowiednio przez PKO Życie i PKO Majątek za pośrednictwem e-maila lub telefonu (podanych we Wniosko-Polisie lub podanych później) informacji związanych z zawartą Umową na Życie oraz Umową Utraty Dochodu albo Inwalidztwa. Nadto wyrażam zgodę na przysyłanie mi za pośrednictwem e-maila wszelkich dokumentów, oświadczeń lub innej, bieżącej korespondencji w związku z wykonywaniem Umów Ubezpieczenia. Powyższe nie dotyczy oświadczeń Ubezpieczyciela o odmowie przyznania świadczenia w całości lub w części;
- 8) będąc Ubezpieczającym udzielam pełnomocnictwa drugiemu Ubezpieczonemu i wyrażam zgodę, aby rezygnacja z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczającym była traktowana jako wypowiedzenie przeze mnie Umowy na Życie lub Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa, w zależności od treści złożonego oświadczenia przez drugiego Ubezpieczonego;
- 9) będąc Ubezpieczającym dokonuję cesji swoich praw i obowiązków (przysługujących mi jako Ubezpieczającemu) z Umowy na Życie oraz Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa na rzecz drugiego Ubezpieczonego, pod warunkiem zawieszającym mojej śmierci w okresie obowiązywania ww. Umów Ubezpieczenia. Ubezpieczony niebędący Ubezpieczającym oświadcza, że przyjmuje cesję praw i obowiązków Ubezpieczającego, pod warunkiem zawieszającym śmierci Ubezpieczającego w okresie obowiązywania ww. Umów Ubezpieczenia. Przez przyjęcie niniejszej Wniosko-Polisę PKO Życie oświadcza, że wyraża zgodę na cesję obowiązków Ubezpieczającego na rzecz drugiego z Ubezpieczonych z Umowy na Życie oraz PKO Majątek oświadcza, że wyraża zgodę na cesję obowiązków Ubezpieczającego na rzecz drugiego z Ubezpieczonych z Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa, pod warunkiem zawieszającym śmierci Ubezpieczającego w okresie obowiązywania ww. Umów Ubezpieczenia.

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość _____
Podpis Ubezpieczonego/Ubezpieczającego

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość _____
Podpis drugiego Ubezpieczonego, którego dotyczą Oświadczenia 1 - 7, 9

8. OŚWIADCZENIA I ZGODY DLA PKO BP SA

- 1) Upoważniam PKO BP SA do pobrania w dniu postawienia Pożyczki Gotówkowej do mojej dyspozycji, z kwoty udzielonej Pożyczki Gotówkowej, jednorazowej składki ubezpieczeniowej na poczet Umowy na Życie oraz Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa. Składka ubezpieczeniowa pobierana jest z góry za cały Okres Ochrony.
- 2) Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do przekazywania odpowiednio PKO Życie lub PKO Majątek informacji objętych tajemnicą bankową o treści zawartej przeze mnie z PKO BP SA umowy Pożyczki Gotówkowej, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty Świadczeń z tytułu Umowy na Życie lub Umowy Utraty Dochodu albo Inwalidztwa.

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość _____
Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość _____
Podpis drugiego Ubezpieczonego (dotyczy pkt 8.2)

9. UPOSAŻENI*

UPOSAŻONY GŁÓWNY

Wskazuję PKO BP SA jako Uposażonego Głównego do świadczenia z tytułu mojego zgonu do wysokości iloczynu mojego Udziału Procentowego i Salda Zadłużenia na dzień zgonu oraz odsetek wskazanych w § 10 WU.

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość _____
Podpis pierwszego Ubezpieczonego

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość _____
Podpis drugiego Ubezpieczonego

***UPOSAŻONY DODATKOWY** - w przypadku chęci wyznaczenia Uposażonego Dodatkowego należy wypełnić załącznik do Wniosko-Polisę.

10. CESJA WIERZYTELNOŚCI Z UMOWY UTRATY DOCHODU ALBO INWALIDZTWA POMIĘDZY UBEZPIECZONYMI A PKO BP SA.

Przelewał na rzecz PKO BP SA, prawa do świadczeń, które będą przysługiwać mi z tytułu zajścia Utraty źródła dochodu albo Inwalidztwa, do wysokości wierzytelności PKO BP SA (Salda Zadłużenia) z tytułu umowy Pożyczki Gotówkowej, każdorazowo na dzień zajścia któregokolwiek z ww. Zdarzeń Ubezpieczeniowych. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że różnica między Saldem Zadłużenia, a Sumą Ubezpieczenia zostanie wypłacona na moją rzecz.

___ - ___ - ___ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpiezonego / Ubezpieczającego

___ - ___ - ___ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis drugiego Ubezpiezonego

11. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU I ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA CESJI PRZEZ BANK

_____ | _____ | _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis/-y i pieczętka funkcyjna/imienna lub firmowa/ pieczęć nałówkowa osoby/osób przyjmujących Wniosko-Polisę i osoby/osób przyjmujących cesję/Pracowników Banku**

**W przypadku zawarcia Umów Ubezpieczenia bez jednoczesnej obecności Ubezpieczającego i Agenta działającego w imieniu Ubezpieczyciela, podpis w imieniu Agenta oraz PKO BP SA przyjmującego cesję składany jest za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu w rozumieniu przepisów o podpisie elektronicznym.