



## **Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zabezpieczenia Codziennych Płatności na Wypadek Zdarzeń Losowych na rzecz Klientów PKO Banku Polskiego S.A.**

### **§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zabezpieczenie Codziennych Płatności na Wypadek Zdarzeń Losowych dla Klientów PKO Banku Polskiego S.A. zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na rzecz Klientów PKO Banku Polskiego S.A., zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy PKO Bank Polski S.A. zwanym dalej „Ubezpieczającym”, a Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”.

### **§ 2 DEFINICJE**

Terminom użytym w OWU oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 2) **Data zajścia zdarzenia:**
  - a) w przypadku **Utraty Stałego Źródła Dochodu** – dzień rozwiązania umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony w rozumieniu przepisów prawa pracy lub odpowiednich przepisów prawa polskiego;
  - b) w przypadku **Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy** lub **Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – dzień wskazany w orzeczeniu, lub w przypadku nie wskazania takiego dnia w orzeczeniu, za dzień zajścia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania orzeczenia;
  - c) w przypadku **Poważnego Zachorowania** – dzień wskazany w dokumentacji medycznej dotyczącej Poważnego Zachorowania, jako dzień zdiagnozowania u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania lub dzień przeprowadzenia zabiegu/operacji;
- 3) **Deklaracja przystąpienia** – pisemne lub złożone za pomocą środków porozumiewania się na odległość oświadczenie woli, w którym Posiadacz ROR wyraża swoją wolę przystąpienia do Ubezpieczenia i zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w OWU;
- 4) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego przypadającego po złożeniu Deklaracji przystąpienia;
- 5) **Miesiąc ochrony** – miesięczny okres ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczynający się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona Składka;
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 7) **Okres ochrony** – czas, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową;
- 8) **Okres oczekiwania** – 30-dniowy okres, którego bieg rozpoczyna się od daty Utraty Stałego Źródła Dochodu;
- 9) **Organ rentowy** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS);

- 10) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika Organu rentowego, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
  - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą;
- 11) **Posiadacz ROR** – osoba, która zawarła z Ubezpieczającym **Umowę o usługi bankowe**;
- 12) **Poważne Zachorowanie** – jedno ze zdarzeń lub chorób zdefiniowanych w § 8;
- 13) **Rachunek Oszczędnościowo-Rozliczeniowy (zwany dalej: „ROR”)** – rachunek bankowy, w rozumieniu przepisów Prawa Bankowego oraz Kodeksu Cywilnego, przeznaczony do przechowywania środków pieniężnych w złotych polskich oraz przeprowadzania rozliczeń pieniężnych, prowadzony na rzecz **Posiadacza ROR** na podstawie **Umowy o usługi bankowe** zawartej pomiędzy PKO Bank Polski S.A. i **Posiadaczem ROR**;
- 14) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
- 15) **Suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wynikającą z Umowy Ubezpieczenia;
- 16) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiejkolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony **Orzeczeniem** w rozumieniu niniejszych OWU;
- 17) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiejkolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony **Orzeczeniem** w rozumieniu niniejszych OWU;
- 18) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Ubezpieczyciela na warunkach Umowy Ubezpieczenia i niniejszych OWU;
- 19) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca Posiadaczem ROR, objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 20) **Uprawniony** – osoba wskazana w OWU, jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 21) **Umowa o usługi bankowe** – umowa o prowadzenie ROR zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym;
- 22) **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na rzecz Klientów PKO Bank Polskiego S.A., na podstawie której świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 23) **Utrata Stałego Źródła Dochodu** – zakończenie umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego zawartych na czas nieokreślony lub stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony, wskutek rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa, w wyniku czego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla osób bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w OWU;
- 24) **Wariant ubezpieczenia (Wariant)** – jeden z trzech wariantów Sumy ubezpieczenia wybierany przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do Ubezpieczenia;
- 25) **Wynagrodzenie brutto** – wynagrodzenie zasadnicze w rozumieniu prawa pracy. Przez wynagrodzenie zasadnicze należy rozumieć wynagrodzenie pracownika nieuwzględniające premii, prowizji oraz innych dodatków należnych pracownikowi wynikających z regulaminów lub układów zbiorowych pracy obowiązujących u pracodawcy, dodatków za pracę w godzinach nadliczbowych, dodatków służbowych, dodatków funkcyjnych, dodatków za pracę w warunkach szkodliwych, przysługujących Ubezpieczonemu z tytułu świadczenia pracy;

- 26) **Zdarzenie** – jedno ze zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z § 3 ust. 2 niniejszych OWU, które miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę świadczenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku utraty stałego źródła dochodu wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego określane jest na podstawie dokumentu z ostatniego miejsca zatrudnienia Ubezpieczonego.

### § 3

#### PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - 1) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – dla wszystkich osób,
  - 2) **Utrata Stałego Źródła Dochodu przez Ubezpieczonego** – dla osób zatrudnionych, w chwili zajścia zdarzenia, na podstawie umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony,
  - 3) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego** – dla osób zatrudnionych, w chwili zajścia zdarzenia, na podstawie umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas określony lub uzyskujących dochody z prowadzenia własnej działalności gospodarczej,
  - 4) **Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego** – dla osób nie wymienionych w pkt 2) i 3).
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia polega na:
  - 1) wypłacie Uprawnionemu świadczenia jednorazowego, o którym mowa w § 5 w przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
  - 2) wypłacie Uprawnionemu świadczenia miesięcznego, o którym mowa w § 6 w przypadku Utraty Stałego Źródła Dochodu,
  - 3) wypłacie Uprawnionemu świadczenia jednorazowego, o którym mowa w § 7 w przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego,
  - 4) wypłacie Uprawnionemu świadczenia jednorazowego, o którym mowa w § 8 w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania.

### § 4

#### OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, która spełnia łącznie poniższe warunki:
  - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o usługi bankowe,
  - 2) złożyła Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia,
  - 3) w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia,
  - 4) nie jest objęta Ubezpieczeniem w ramach Umowy Ubezpieczenia, na podstawie wcześniej złożonej zgody w tym zakresie.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej, w przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia, zgodnie z ust. 1 powyżej, Ubezpieczony przystępuje do Ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wyraził wolę przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem, że za Ubezpieczonego została opłacona przez Ubezpieczającego Składka, za okres od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony wyraził zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia, na zasadach opisanych w Umowie Ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony został zgłoszony Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia, w celu objęcia go ochroną ubezpieczeniową.
4. Ubezpieczony może być w tym samym Miesiącu ochrony objęty jedynie raz ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego oświadczenie woli w tym zakresie w formie pisemnej lub telefonicznie, dzwoniąc pod wyznaczony numer telefonu 801302302 lub (+48) 81 535 65 65.

7. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego w terminie 30 dni kalendarzowych liczonych od dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się względem danego Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu pod warunkiem, że nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia.
8. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy o usługi bankowe, uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się względem danego Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu.
9. W trakcie trwania ochrony nie można dokonać zmiany Wariantu ubezpieczenia.

## **§ 5**

### **ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU**

1. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zgodnie z wyborem Wariantu ubezpieczenia dokonany przez Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy rozpoczyna się w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zobowiązanie Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego wynikające z Umowy o usługi bankowe, według stanu na dzień zajścia Zdarzenia. W przypadku, gdy świadczenie przewyższy wysokość kwoty zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
4. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
  - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia,
  - 2) kopii orzeczenia lekarza orzecznika Organu rentowego o niezdolności do pracy,
  - 3) kopii dokumentów określających datę i okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku,
  - 4) kopii dokumentów umożliwiających ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
  - 5) kopii dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela.
5. W całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługuje prawo do jednego świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

## **§ 6**

### **ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU PRZEZ UBEZPIECZONEGO**

1. W przypadku Utraty Stałego Źródła Dochodu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w wysokości zgodnej z wariantem Sumy ubezpieczenia z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu przez Ubezpieczonego, określonym w załączniku do OWU, wybranym przez Ubezpieczonego, ale nie więcej niż 70% kwoty będącej różnicą pomiędzy wynagrodzeniem brutto z miesiąca, w którym zaszło Zdarzenie, a wysokością brutto zasiłku dla bezrobotnych przyznanego za pierwszy pełny miesiąc.
2. Świadczenie, z zastrzeżeniem ustępów poniższych, przysługuje pod warunkiem, że Ubezpieczony w chwili zajścia Zdarzenia był zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
4. Pierwsze świadczenie w wysokości jednego świadczenia miesięcznego przysługuje po upływie Okresu oczekiwania pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu.

5. Każde kolejne świadczenie miesięczne należne jest po upływie kolejnego pełnego 30-dniowego okresu, pod warunkiem, iż Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w ostatnim dniu tego okresu.
6. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem, iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zobowiązanie Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego wynikające z Umowy o usługi bankowe, według stanu na dzień zajścia Zdarzenia. W przypadku, gdy świadczenie przewyższy wysokość kwoty zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
7. Na rzecz jednego Ubezpieczonego może być wypłacone maksymalnie 6 świadczeń miesięcznych, o których mowa w ust. 1 w odniesieniu do jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie Stałego Źródła Dochodu w ciągu 12 kolejnych miesięcy trwania Ubezpieczenia.
8. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
  - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia,
  - 2) kopii zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych ze wskazaniem kwoty brutto zasiłku i daty od kiedy ten zasiłek przysługuje,
  - 3) kopii dokumentu potwierdzającego Wynagrodzenie brutto z miesiąca, w którym zaszło Zdarzenie,
  - 4) kopii dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia w dniu zdarzenia – z ostatniego miejsca zatrudnienia (np.: umowa o pracę, kontrakt menedżerski),
  - 5) kopii dokumentu określającego tryb rozwiązania umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego z ostatniego miejsca zatrudnienia (np.: świadectwo pracy lub służby).
9. Po upływie każdego 30-dniowego okresu, o którym mowa w ust. 5 przed każdorazową wypłatą kolejnych świadczeń miesięcznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu.
10. Świadczenia miesięczne przestają przysługiwać i nie są wypłacane za kolejne okresy, o których mowa w ust. 5 począwszy od dnia, w którym Ubezpieczony utracił status bezrobotnego lub prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych nabyte po Utracie Stałego Źródła Dochodu.

## **§ 7**

### **ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO**

1. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, zgodnie z wyborem Wariantu ubezpieczenia dokonany przez Ubezpieczonego.
2. Świadczenie, z zastrzeżeniem ustępów poniższych, przysługuje pod warunkiem, że Ubezpieczony w chwili zajścia zdarzenia był zatrudniony na podstawie stosunku pracy w ramach umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego bądź stosunku służbowego zawartych na czas określony bądź uzyskiwał dochody z prowadzenia własnej działalności gospodarczej.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy rozpoczyna się po upływie 60 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
4. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zobowiązanie Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego wynikające z Umowy o usługi bankowe, według stanu na dzień zajścia Zdarzenia. W przypadku, gdy świadczenie przewyższy wysokość kwoty zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
5. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
  - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia,
  - 2) kopii orzeczenia lekarza orzecznika Organu rentowego o niezdolności do pracy,

- 3) kopii dokumentów umożliwiających ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
  - 4) kopii dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela,
  - 5) kopii dokumentu potwierdzającego źródło uzyskiwania dochodów w dniu zdarzenia (np.: umowa o pracę, kontrakt menedżerski, zaświadczenie o prowadzeniu własnej działalności gospodarczej),
6. W całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje prawo do jednego świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego.

## § 8

### ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

1. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego jednego z Poważnych Zachorowań wymienionych w ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania zgodnie z wyborem Wariantu ubezpieczenia dokonany przez Ubezpieczonego
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przysługuje w przypadku, gdy Ubezpieczony w chwili zajścia takiego zdarzenia uzyskiwał dochód z tytułu emerytury, renty lub innych źródeł niż te określone dla ryzyk Utraty Stałego Źródła Dochodu lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności Do Pracy Ubezpieczonego.
3. W ramach Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczony objęty jest ochroną z tytułu wystąpienia następujących poważnych zachorowań:
  - 1) **zawał serca** – pierwszy w życiu Ubezpieczonego epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego, jako skutek ostrego niedokrwienia, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu Ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris),
  - 2) **udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzonych badaniem lekarskim. Wykluczeniu podlegają: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów,
  - 3) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną,
  - 4) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: rak nieinwazyjny (carcinoma In situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne; wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji); czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (= <1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.; nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry; wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
  - 5) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej

i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe,

- 6) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
  - a) serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, lub
  - b) szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
5. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
  - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia,
  - 2) kopii dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela,
  - 3) dokumentu potwierdzającego źródło dochodu w dniu zdarzenia.
6. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zobowiązanie Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego wynikające z Umowy o usługi bankowe, według stanu na dzień zajścia Zdarzenia. W przypadku, gdy świadczenie przewyższy wysokość kwoty zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
7. W całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej przysługuje prawo do jednego świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego.

## § 9

### **ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH**

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, w sposób wskazany w niniejszych OWU.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprawną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje, Ubezpieczyciel powiadamia pisemnie osoby uprawnione do świadczenia o odmowie przyznania świadczenia ubezpieczeniowego, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy, w terminach określonych w poprzednich ustępach. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
4. W przypadku Poważnego Zachorowania, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, przed specjalnie powołaną przez Ubezpieczyciela komisję lekarską.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia, jeżeli komisja lekarska, o której mowa w ust. 4, nie potwierdzi zasadności roszczenia z tytułu Poważnego Zachorowania, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Koszt badań, o których mowa w ust. 4 ponosi Ubezpieczyciel.
7. Świadczenia wypłacane są na ROR Ubezpieczonego.

## § 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Utraty Stałego Źródła Dochodu, jeżeli Utrata Stałego Źródła Dochodu nastąpiła:
  - 1) w związku z rozwiązaniem przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1<sup>1</sup> Kodeksu Pracy,
  - 2) w związku z rozwiązaniem stosunku służbowego, umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy,
  - 3) w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę lub zleceniodawcę odpowiednio stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu kontraktu menedżerskiego lub przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby,
  - 4) w związku z rozwiązaniem stosunku służbowego, umowy o pracę lub kontraktu menedżerskiego, gdy bieg wypowiedzenia rozpoczął się przed przystąpieniem do Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od przystąpienia.
2. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
  - 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych przed dniem przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia w przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
  - 2) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
  - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
  - 4) próby samobójstwa,
  - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu jego poczytalności,
  - 6) działania lub zaniechania Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
  - 7) chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych,
  - 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
  - 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
  - 10) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 11) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, gdy Poważne Zachorowanie nastąpiło w wyniku:
  - 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych przed dniem przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
  - 2) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynika ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
  - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
  - 4) próby samobójstwa,



- 5) działania lub zaniechania Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
- 6) wykonywania w odniesieniu do Ubezpieczonego standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów do których należą w szczególności: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
- 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
- 9) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 10) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

### **§ 11**

#### **OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO**

1. Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający zapytał przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli Ubezpieczony podał do wiadomości Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego niezgodne z prawdą okoliczności, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba, że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia objętego Umową Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający jest obowiązany do terminowego opłacania Składki ubezpieczeniowej określonej w Umowie Ubezpieczenia.

### **§ 12**

#### **WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ**

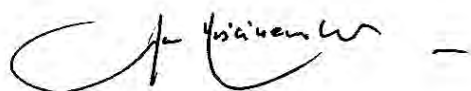
1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
  - 1) zgonu Ubezpieczonego – w dniu zgonu,
  - 2) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia – z dniem rozwiązania,
  - 3) rozwiązania Umowy o usługi bankowe – z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka,
  - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia – z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka, po wcześniejszym zgłoszeniu przez Ubezpieczonego Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego rezygnacji z Ubezpieczenia,
  - 5) wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania lub powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – w dniu wypłaty świadczenia,
  - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia – z ostatnim dniem Miesiąca ochrony, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,
  - 7) nie przekazania Składki za danego Ubezpieczonego za kolejny Miesiąc ochrony – z bezskutecznym upływem dodatkowego 7-dniowego terminu do zapłaty składki, wyznaczonego przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu w wezwaniu do zapłaty Składki.

### **§ 13**

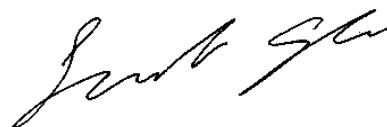
#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wnioski o wypłatę świadczenia, rezygnację (z wyłączeniem telefonicznych zgłoszeń), adresowane do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego powinny być przekazywane w formie pisemnej Banku.

2. Wszelkie informacje odnośnie ubezpieczenia Ubezpieczony może uzyskać pod numerem telefonu 22 529 17 65.
3. Reklamacje, skargi lub zażalenia mogą być składane Ubezpieczycielowi pisemnie lub osobiście pod adresem siedziby Ubezpieczyciela (pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa), telefonicznie (nr telefonu: 22 529 17 65).
4. Korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
5. Ubezpieczyciel udziela pisemnej odpowiedzi na reklamację, skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
6. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
7. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Dyrekcji Ubezpieczyciela na adres wskazany w ust. 3.
8. Od ostatecznego rozstrzygnięcia złożonej skargi lub zażalenia, o której mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu, Ubezpieczonemu przysługuje odwołanie do Rzecznika Ubezpieczonych.
9. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku 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.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
11. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w dniu 05 października 2012 roku i wchodzi w życie z dniem 05 października 2012 roku wraz z późniejszymi zmianami.



Jan Emeryk Rościszewski  
Dyrektor Oddziału



Leszek Skop  
Zastępca Dyrektora Oddziału

#### Załącznik do OWU

Tabela sum ubezpieczenia do Grupowego Ubezpieczenia Zabezpieczenie Codziennych Płatności na Wypadek Zdarzeń Losowych dla Klientów PKO Banku Polskiego S.A.

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia		
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenie jednorazowe	800 zł	1300 zł	2000 zł
Utrata Stałego Źródła Dochodu - świadczenia miesięczne	800 zł	1300 zł	2000 zł
Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe	4800 zł	7800 zł	12000 zł
Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego – świadczenie jednorazowe	4800 zł	7800 zł	12000 zł