

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW POSIADAJĄCYCH KREDYTY AURUM/PLATINIUM W PKO BP SA



Ubezpieczenia

wariant rozszerzony

ROZDZIAŁ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

- Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Kredytobiorców posiadających Kredyty Aurum/Platinum w PKO BP SA – wariant rozszerzony, zwanych dalej **OWU**, PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w Warszawie, zwana dalej **Ubezpieczycielem**, zawiera z Kredytobiorcą jako **Ubezpieczającym** umowę ubezpieczenia na życie Kredytobiorców posiadających Kredyty w PKO BP SA, zwaną dalej **Umową Ubezpieczenia**.
- Przez zawarcie Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone w Umowie Ubezpieczenia Świadczenie, w razie zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składek Ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ 2 DEFINICJE

§ 2.

Terminy użyte w OWU i Umowie Ubezpieczenia oznaczają:

- Amatorskie nurkowanie** – niezawodowe i niewyczytne nurkowanie z aparatem oddechowym (akwalungiem) maksymalnie do 10 metrów głębokości;
- Aneks** – aneks do umowy kredytowej, zawarty pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą lub Kredytobiorcami, na podstawie którego może nastąpić zmiana waluty, okresu kredytowania, skutkiem czego Pierwotny Harmonogram Spłat może być aktualizowany;
- Bank** – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (PKO BP SA);
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- Choroby Istniejące przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – Choroby:
 - z powodu których Ubezpieczony w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela zasięgał porad lekarskich,
 - które były przedmiotem leczenia lub rehabilitacji, operacji, badań, farmakoterapii w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - które zostały zdiagnozowane w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- Kredyt** – kredyt Aurum/Platinum udzielany przez Bank w ramach umowy Kredytu określającej wysokość oraz warunki spłaty Kredytu, zawartej przez Ubezpiezonego na okres nie dłuższy niż 120 miesięcy z możliwością spłaty zobowiązań finansowych:
 - ratalnie (miesięcznie lub kwartalnie),
 - jednorazowo na koniec okresu kredytowania,
 - jednorazowo na koniec okresu kredytowania oraz spłaty odsetek ratalnie (miesięcznie lub kwartalnie);
- Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem umowę Kredytu;
- Lekarz Specjalista** – lekarz, który posiada ważny dokument o uzyskaniu tytułu specjalisty;
- Lekarz Zaufania** – wskazana przez Ubezpieczyciela osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza lub wskazany przez Ubezpieczyciela zakład opieki zdrowotnej;
- 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;
- NBP** – Narodowy Bank Polski;
- Nieszczęśliwy Wypadek** – zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności zdarzenie nagłe, wywołane, działającą nagle i niezależnie od woli oraz stanu zdrowia Ubezpiezonego, przyczyną zewnętrzną z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów), będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia; za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się Zawału Serca oraz Udaru Mózgu;
- Okres Karencji** – okres, o którym mowa w § 4 ust. 2 oraz § 5 ust. 4 OWU w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpiezonego lub Poważnego Zachorowania;
- Okres Odpowiedzialności** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpiezonemu, rozpoczynający się w dniu określonym w § 4 ust. 1 OWU;
- Okres Opóźnienia** – okres kolejnych 27 dni, rozpoczynający się w dniu następującym po dniu wymagalności Składki Ubezpieczeniowej, jeżeli Składka Ubezpieczeniowa nie została zapłacona do tego dnia;
- Opłacenie Składek** – Składkę Ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą z dniem jej przekazania Bankowi jako agentowi ubezpieczeniowemu Ubezpieczyciela;
- Pierwotny Harmonogram Spłat** – harmonogram określający terminy spłaty i wysokość wszystkich rat, Saldo Zadłużenia po spłacie każdej raty, uwzględniający wypłatę Kredytu w transzach, wyszczególnione w umowie Kredytu Aurum/Platinum terminy wymagalności i kwoty składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu Umowy Ubezpieczenia. Stanowi integralną część umowy Kredytu Aurum/Platinum w dniu jej zawarcia;
- Poważne Zachorowanie** – zajście jednego z poniższych zdarzeń, które zostało orzeczone przez Lekarza Specjalistę odpowiedniej dziedziny, a także zostało potwierdzone przez Lekarza Zaufania:
 - całkowita i trwała utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata mowy wskutek resekcji krtani albo przewlekłej choroby prowadzącej do zniszczenia krtani lub wskutek uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu. Stan utraty mowy musi trwać co najmniej przez 6 miesięcy i być potwierdzony badaniami specjalistycznymi;
 - całkowita i trwała utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku wskutek choroby lub wypadku, niepodlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych. Diagnoza powyższa powinna zostać potwierdzona klinicznie przez Lekarza Specjalistę, na podstawie wyników badań okulistycznych;
 - chirurgiczne leczenie aorty** – leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu; pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień; urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności;
 - długotrwała śpiączka** – stan, w którym stwierdza się głębokie zaburzenia świadomości, brak reakcji na bodźce zewnętrzne, zniesienie wszystkich odruchów neurologicznych, wymagający zastosowania środków podtrzymujących podstawowe czynności życiowe przez co najmniej 96 godzin. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza Specjalistę. Obecność ubytków neurologicznych musi być potwierdzona przez co najmniej 2 miesiące, z wyłączeniem śpiączki wywołanej zatruciem alkoholem, narkotykami lub nadużyciem leków;
 - operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (bypass)** – dokonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przezskórnej;
 - paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem lub Chorobą;

- wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia;
- g) **przeszczep zastawki serca** - chirurgiczna wymiana jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca; pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników; w zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
- walwuloplastyka,
 - walwulotomia,
 - komisurotomia;
- h) **rozległe oparzenia** - oparzenia III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała i wymagające leczenia szpitalnego; rozległość oparzenia oceniana jest według „reguły dziewiątek” lub tabeli Lunda i Browdera;
- i) **transplantacja głównych narządów** - operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przeżył chory w charakterze biorcy;
- j) **udar mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym** - nagłe zaburzenia w krążeniu mózgowym, polegające na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału pochodzenia pozaczaszkowego, powodujące następstwa neurologiczne utrzymujące się co najmniej 3 miesiące. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza Specjalistę na podstawie typowych objawów neurologicznych i typowych zmian w badaniu tomograficznym mózgu lub w rezonansie mózgu. Wyklucza się objawy mózgowe związane z tzw. "przemijającym niedokrwieniem mózgu", z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu. Wyklucza się także schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego oraz mikroudary tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
- k) **utrata słuchu** - obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach (z progiem słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu;
- l) **zaawansowana niewydolność nerek** - schyłkowa postać niewydolności nerek charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie przewlekłych dializ lub przeszczep nerki;
- m) **zaawansowany nowotwór złośliwy** - guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki; pojęciem tym objęte są również białaczki, za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotwory układu limfatycznego; obecność nowotworu złośliwego musi być stwierdzona przez Lekarza Specjalistę na podstawie wyniku badania histopatologicznego. Wyklucza się odpowiedzialność w przypadku stwierdzenia u Ubezpieczonego następujących wczesnych postaci nowotworów lub stanów przedrakowych:
- guzów opisywanych jako raki in situ, w tym dysplazja szyjki CIN - 1, CIN - 2, CIN - 3 lub histologicznie opisywanych jako zmiany przedinwazyjne;
 - czerniaków złośliwych o maksymalnej grubości poniżej 1,5 mm określonej w wyniku badania histologicznego lub klasyfikowanych poniżej 3 poziomu inwazji w skali Clark'a;
 - nowotworów podstawnokomórkowych skóry oraz zmian opisywanych jako hiperkeratozy;
 - nowotworów płaskonabłonkowych skóry o ile nie stwierdzono istnienia przerzutów do innych organów;
 - choroby Hodgkina w pierwszym stadium;
 - mięsaków Kaposi'ego i innych guzów związanych z zakażeniem wirusem HIV lub AIDS;
 - nowotworów prostaty histologicznie opisywanych jako T1 w Klasyfikacji TNM łącznie z T1(a) lub T1(b) lub równoważnych według innej klasyfikacji
- n) **Zawał Serca z uniesieniem odcinka ST** - zaistniała w Okresie Odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza Specjalistę. Jako kryteria rozpoznawcze Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST przyjmuje się wystąpienie wszystkich z wymienionych niżej objawów:
- typowe objawy bólu w klatce piersiowej lub ich odpowiedniki,
 - pojawienie się nowych zmian w EKG - uniesienie odcinka ST (typowe dla Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST),
 - podwyższony poziom we krwi enzymów wskaźnikowych Zawału Serca z uniesieniem odcinka ST np.: CK(MB), CPK, mioglobina, troponiny;
- wyklucza się:
- Zawały Serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI),
 - inne ostre zespoły wieńcowe (np. niestabilna choroba wieńcowa),
 - bezobjawowy Zawał Serca.
- 19) **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/dcm³ wzwyż;
- 20) **Saldo Zadłużenia** - w przypadku Kredytów ze spłatą ratalną kwota, jaka pozostała Kredytobiorcy do spłacenia zgodnie z Pierwotnym Harmonogramem Spłat lub Aneksem; w przypadku Kredytów ze spłatą jednorazową na koniec okresu kredytowania lub Kredytów ze spłatą jednorazową na koniec okresu kredytowania oraz odsetek ratalnie - kwota Kredytu. W przypadku kredytów udzielonych denominowanych lub indeksowanych do walut obcych, Saldo Zadłużenia przeliczane jest na PLN w terminach zgodnych z Pierwotnym Harmonogramem Spłat lub Aneksem, po średnim kursie NBP dla danej waluty;
- 21) **Składka Ubezpieczeniowa** - kwota, do której wpłacania, w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia, zobowiązany jest Ubezpieczający, z tym zastrzeżeniem, iż składka jest jedna niezależnie od liczby osób Ubezpieczonych na podstawie danej Umowy Ubezpieczenia;
- 22) **Suma Ubezpieczenia** - kwota równa Saldu Zadłużenia wynikająca z Pierwotnego Harmonogramu Spłat albo Aneksu;
- 23) **Świadczenie** - kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
- 24) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** - całkowita niezdolność do pracy orzeczona na okres nie krótszy niż 12 miesięcy (przy czym orzeczenia na okresy krótsze niż 12 miesięcy nie podlegają sumowaniu), przez uprawniony organ do orzekania w sprawie oceny zdolności do pracy, która zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy albo znaczny stopień niepełnosprawności orzeczony przez uprawniony organ orzekający w sprawie stosowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej, który zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy - orzeczona w oparciu o ustawy i przepisy wykonawcze wydane na ich podstawie obowiązujące w dniu wydania tego orzeczenia albo, wobec braku podstaw prawnych do wydania orzeczenia przez organy, o których mowa powyżej, w oparciu o opinię Lekarza Zaufania;
- 25) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, będąca Kredytobiorcą, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem;
- 26) **Ubezpieczony** - Kredytobiorca, któremu Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w Okresie Odpowiedzialności z zastrzeżeniem, że w przypadku zawarcia jednej umowy Kredytu przez dwie osoby fizyczne jako Kredytobiorców, każda z tych osób jest Ubezpieczonym na podstawie niniejszych OWU;
- 27) **Udar Mózgu** - zespół objawów klinicznych związanych z nagłym wystąpieniem zaburzenia czynności mózgu, który powstało w następstwie krwawienia wewnątrzmoźgowego, zakrzepu lub zatoru naczynia mózgowego, utrzymujący się ponad 24 godziny;
- 28) **Udział Procentowy** - ustalany w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia dla każdego Kredytobiorcy objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w związku z jedną umową Kredytu i jest równy:
- a) 100%, gdy Umową Ubezpieczenia objęty jest jeden Ubezpieczony w ramach jednej umowy Kredytu,
 - b) 50%, gdy Umową Ubezpieczenia objętych jest dwóch Ubezpieczonych w ramach jednej umowy Kredytu;
- 29) **Uposażony** - wskazana przez Ubezpieczonego osoba lub osoby, uprawnione, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego;
- 30) **Wiek** - liczba ukończonych pełnych lat życia Ubezpieczonego, w dniu, w którym wiek jest liczony;
- 31) **Wniosek Ubezpieczeniowy (Wniośko-Polisa)** - pisemny wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia złożony przez Kredytobiorcę;

- 32) **Zawał Serca**- martwica części mięśnia sercowego w następstwie nagłego zatkania światła jednej lub kilku tętnic wieńcowych. Diagnoza powinna w dokumentacji zawierać opis typowych bólów w klatce piersiowej, wyników badań laboratoryjnych specyficznych dla mięśnia sercowego odbiegających od wartości prawidłowych (np. CPK, CKMB) i ich typowej ewolucji w czasie oraz charakterystycznych dla ostrego zawału serca zmian EKG.

ROZDZIAŁ 3 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia w życiu Ubezpieczonego zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - 1) zgon Ubezpieczonego;
 - 2) zgon Ubezpieczonego będący następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) wystąpienie u Ubezpieczonego Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 4) wystąpienie u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania.

ROZDZIAŁ 4 OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4.

1. Okres Odpowiedzialności w stosunku do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się z dniem wypłaty kwoty Kredytu, nie wcześniej jednak niż z dniem następującym po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz w odniesieniu do Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym po złożeniu przez tego Ubezpieczonego oświadczenia, że chce on skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej.
2. W trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności stosuje się Okres Karencji:
 - 1) 30 dni z tytułu zgonu Ubezpieczonego, liczony od początku Okresu Odpowiedzialności;
 - 2) 90 dni z tytułu Poważnego Zachorowania, liczony od początku Okresu Odpowiedzialności.
3. Okres Karencji, o którym mowa w ust. 2, nie ma zastosowania do zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Okres Odpowiedzialności wobec danego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) z datą zapadalności Kredytu, określonej w Pierwotnym Harmonogramie Spłat albo Aneksie, nie później niż z końcem maksymalnego 120-miesięcznego czasu trwania umowy Kredytu;
 - 3) z dniem najbliższego terminu spłaty określonym w Pierwotnym Harmonogramie Spłat albo Aneksie przypadającym po dniu, w którym została rozwiązana Umowa Kredytu, nie później niż z końcem maksymalnego 120-miesięcznego czasu trwania umowy Kredytu;
 - 4) z dniem najbliższego terminu spłaty określonym w Pierwotnym Harmonogramie Spłat albo Aneksie przypadającym po dniu, w którym Saldo Zadłużenia Kredytu zostało spłacone przed terminem spłaty określonym w Pierwotnym Harmonogramie Spłat albo Aneksie;
 - 5) z upływem Okresu Opóźnienia płatności Składki Ubezpieczeniowej mimo wezwania Ubezpieczającego do zapłaty skierowanego do Ubezpieczającego przez PKO Ubezpieczenia po 1 dniu Okresu Opóźnienia i wyznaczenia dodatkowego 7-dniowego terminu na Opłacenie Składki;
 - 6) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia zgodnie z § 8 ust. 2 OWU;
 - 7) w ostatnim dniu okresu miesięcznego, za który opłacona została Składka Ubezpieczeniowa, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia;
 - 8) z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej Następstwem Nieszczęśliwego Wypadku:
 - a) w dniu poprzedzającym dzień nabycia prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego,
 - b) w dniu wypłaty świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku,
 - c) w ostatnim dniu okresu miesięcznego, za który opłacona została Składka Ubezpieczeniowa, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.
 - 9) z tytułu Poważnego Zachorowania:

- a) w dniu wypłaty świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania,
- b) w ostatnim dniu okresu miesięcznego, za który opłacona została Składka Ubezpieczeniowa, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

5. W przypadku, gdy Umowa Ubezpieczenia obejmuje dwóch Ubezpieczonych, Okres Odpowiedzialności kończy się w stosunku do tego Ubezpieczonego, w stosunku do którego zaszło zdarzenie opisane w ust. 4 pkt 1) powyżej. W stosunku do drugiego Ubezpieczonego Okres Odpowiedzialności nadal trwa.

ROZDZIAŁ 5 WYŁĄCZENIE I OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 5.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu, jeśli nastąpił w związku lub jest następstwem:
 - 1) próby samobójczej Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności;
 - 2) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, działania energii jądrowej;
 - 3) 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;
 - 4) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku lub Poważnego Zachorowania, jeśli zdarzenia te nastąpiły w związku lub są następstwem:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, działania 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;
 - 3) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 4) Pozostawiania pod wpływem alkoholu przez Ubezpieczonego, zażycia środków odurzających (w tym leków) lub pojazdów psychotropowych, narkotyków, wyłączając przypadki, gdy Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zalecanej przez lekarza terapii medycznej;
 - 5) 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, albo jeżeli Ubezpieczony kierował tym pojazdem Pozostając pod wpływem alkoholu, pozostając pod wpływem środków odurzających lub narkotyków;
 - 6) leczenia lub innych zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonymi poza kontrolą osób uprawnionych;
 - 7) 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;
 - 8) wypadku lotniczego, za wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu Licencjonowanych linii lotniczych;
 - 9) leczenia choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego;
 - 10) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych;
 - 11) zdiagnozowanych Chorób bądź obrażeń ciała doznanych przed datą rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy

Ubezpieczonego, jeżeli zgon ten lub Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy nastąpiły wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, który miał miejsce przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności.

4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy od początku Okresu Odpowiedzialności, jeżeli nastąpił on w następstwie Chorób Istniejących przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ROZDZIAŁ 6 PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 6.

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek Ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczony ma prawo do wskazania Uposażonego. W przypadku gdy dwóch Ubezpieczonych jest objętych Umową Ubezpieczenia, wskazanie Uposażonego następuje poprzez złożenie oświadczenia przez każdego z Ubezpieczonych.
3. Ubezpieczony jest zobowiązany zgłaszać Ubezpieczycielowi zmiany swoich danych osobowych i teledresowych zawartych w Umowie Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczony niebędący Ubezpieczającym może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 7 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7.

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, do dnia wymagalności ostatniej raty Kredytu, określonej w Pierwotnym Harmonogramie Spłat.
2. Umowę Ubezpieczenia ma prawo zawrzeć Kredytobiorca, który ukończył 18 rok życia i jednocześnie w dacie zakończenia spłaty Kredytu, określonej w Pierwotnym Harmonogramie Spłat nie będzie miał ukończonego 70 roku życia.
3. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty Ubezpieczony, który w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia nie ma ukończonego 65 roku życia.
4. Kredytobiorca ma prawo zawrzeć Umowę Ubezpieczenia wyłącznie w dniu zawarcia umowy Kredytu.
5. W ramach Umowy Ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci maksymalnie dwaj Kredytobiorcy jednej umowy Kredytu.
6. Kredytobiorca może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia z tytułu zawartej umowy Kredytu, pod warunkiem że suma kwot kredytu z tytułu dotychczasowych umów Kredytu oraz kolejnej (nowo zawieranej) umowy Kredytu nie przekracza 200 000 zł.
7. Warunki ubezpieczenia są doręczane Kredytobiorcy na piśmie bądź w formie elektronicznej, zgodnej z art. 384 § 4 kodeksu cywilnego przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
8. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącą następstwem Nieszczęśliwego Wypadku obejmowany jest Kredytobiorca, który w dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego:
 - 1) nie będzie miał ukończonego 65 roku życia;
 - 2) jest zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym oraz
 - 3) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego.
9. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poważnego Zachorowania obejmowany jest Kredytobiorca który:
 - 1) nie będzie miał ukończonego 65 roku życia;
 - 2) jest niezdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub
 - 3) posiada stwierdzone prawo do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego.
10. Ubezpieczony, który w okresie obowiązywania umowy Kredytu spełnił jedną z przesłanek o objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poważnego Zachorowania wymienioną w ust. 9 pkt. 2 lub 3 obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poważnego Zachorowania, począwszy od dnia, w którym spełnił którąkolwiek z przesłanek wymienionych w ust. 9 pkt. 2) lub 3). Z dniem poprzedzającym dzień objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Poważnego Zachorowania kończy się odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku.

ROZDZIAŁ 8 ODSTĄPIENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8.

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia co nie zwalnia go od obowiązku Opłacenia Składek za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
2. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, gdy Ubezpieczający pisemnie wypowiedział Umowę Ubezpieczenia. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu najbliższego terminu spłaty, określonego w Pierwotnym Harmonogramie Spłat albo Aneksie następującego po dniu, w którym Ubezpieczający pisemnie wypowiedział Umowę Ubezpieczenia. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w wyniku jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego.
3. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, w każdym przypadku zakończenia Okresu Odpowiedzialności z zastrzeżeniem § 4 ust 5 OWU.
4. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia obejmuje dwóch Ubezpieczonych, to w przypadku cofnięcia przez Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.
5. Zgodnie z pisemnym oświadczeniem złożonym przez Ubezpieczającego, odstąpienie przez Ubezpieczającego od umowy Kredytu, w terminie wskazanym w umowie Kredytu, skutkuje jednoczesną rezygnacją z ubezpieczenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a Składka Ubezpieczeniowa zostaje zwrócona Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
6. W przypadku gdy Umowa Ubezpieczenia obejmuje jednego Ubezpieczonego, zakończenie Okresu Odpowiedzialności wobec zaistnienia zdarzenia opisanego w § 4 ust. 4 pkt. 1) powoduje rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia.
7. Umowa Ubezpieczenia ulega również rozwiązaniu w przypadku zakończenia Okresu Odpowiedzialności na skutek zaistnienia zdarzeń określonych w § 4 ust. 4 pkt. 2) - 7), niezależnie od liczby Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający za zgodą PKO Ubezpieczenia może przenieść prawa i obowiązki z Umowy Ubezpieczenia na Ubezpieczonego, który staje się Ubezpieczającym.

ROZDZIAŁ 9 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 9.

1. Składka Ubezpieczeniowa ustalana jest jako składka ratalna opłacana przez Ubezpieczającego z częstotliwością miesięczną.
2. Wysokość Składki Ubezpieczeniowej obliczana jest jako iloczyn taryfy Składki Ubezpieczeniowej, sumy Udziałów Procentowych żyjących Ubezpieczonych oraz kwoty Kredytu, a termin jej opłacania określa Umowa Ubezpieczenia.
3. Taryfa Składki Ubezpieczeniowej uzależniona jest od zakresu ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ 10 OPŁATY

§ 10.

Składka Ubezpieczeniowa w całości przeznaczona jest na pokrycie następujących opłat: opłaty na pokrycie kosztów ryzyka wystąpienia zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia oraz opłaty na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.

ROZDZIAŁ 11 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 11.

1. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w przypadku:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) zgonu Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku, który zdarzył się w Okresie Odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 3) wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 4) wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania.
2. Wysokość Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest równa iloczynowi Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia na dzień zajścia zdarzenia wynikającej z Pierwotnego Harmonogramu Spłat albo Aneksu z zastrzeżeniem ust. 6 - 9.

3. Wysokość Świadczenia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku jest równa iloczynowi Udziału Procentowego i 60% Sumy Ubezpieczenia na dzień zajścia zdarzenia wynikającej z Pierwotnego Harmonogramu Spłat albo Aneksu z zastrzeżeniem ust. 6 - 7 oraz ust. 10 - 11.
4. Wysokość Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku jest równa iloczynowi Udziału Procentowego i 50 % Sumy Ubezpieczenia wynikającej z Pierwotnego Harmonogramu Spłat albo Aneksu na dzień wystąpienia zgonu i jest wypłacane dodatkowo, niezależnie od Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego z zastrzeżeniem ust. 6 - 7.
5. Wysokość Świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego jest równa iloczynowi Udziału Procentowego i 60 % Sumy Ubezpieczenia na dzień zajścia zdarzenia wynikającej z Pierwotnego Harmonogramu Spłat albo Aneksu z zastrzeżeniem ust. 24.
6. W przypadku Kredytów udzielonych w walucie lub denominowanych w walucie obcej lub indeksowanych do waluty obcej wysokość Salda Zadłużenia ustala się w równowartości wyrażonej w PLN, po średnim kursie NBP dla danej waluty opublikowanym przez NBP w dniu roboczym poprzedzającym dzień, na który liczona jest wysokość Świadczenia.
7. W przypadku Kredytów udzielonych w walucie lub denominowanych w walucie obcej lub indeksowanych do waluty obcej wysokość Świadczenia nie może być wyższa niż 130% kwoty, która wynikałaby z zastosowania średniego kursu NBP dla danej waluty opublikowanego przez NBP w dniu roboczym obowiązującym w dniu zawarcia umowy Kredytu.
8. W przypadku Kredytów ze spłatą zadłużenia ratałną wysokość Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powiększana jest o:
 - 1) odsetki (według przewidzianej w umowie Kredytu stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału) należne na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz za okres liczony od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 60 dni, oraz
 - 2) odsetki od zadłużenia przeterminowanego należne na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz za okres liczony od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak w wysokości nie większej niż 5% kapitału.
9. W przypadku Kredytów ze spłatą zadłużenia kapitału jednorazowo na koniec okresu kredytowania oraz odsetek ratałnie (miesięcznie lub kwartalnie) wysokość Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego powiększana jest o odsetki (według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału) należne na dzień zajścia zdarzenia oraz za okres liczony od dnia następnego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak łącznie nie dłuższy niż 60 dni.
10. W przypadku Kredytów ze spłatą zadłużenia ratałną wysokość Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczonego powiększana jest o:
 - 1) 60 % odsetek (według przewidzianej w umowie Kredytu stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału), należne na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz za okres liczony od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak za okres nie dłuższy niż 60 dni, oraz
 - 2) 60 % odsetek od zadłużenia przeterminowanego, należne na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz za okres liczony od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak w wysokości nie większej niż 5% kapitału.
11. W przypadku Kredytów ze spłatą zadłużenia kapitału jednorazowo na koniec okresu kredytowania oraz odsetek ratałnie (miesięcznie lub kwartalnie) wysokość Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku powiększana jest o wartość 60% odsetek (według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału), należne na dzień zajścia zdarzenia oraz za okres od dnia następnego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak łącznie nie dłuższy niż 60 dni.
12. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub z tytułu zgonu będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku Uposażonemu.
13. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne w przypadku, gdy Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym.
14. W przypadku, gdy nie ma uprawnionego Uposażonego, Świadczenie zostanie wypłacone w kolejności:
 - 1) małżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) dzieciom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 3) rodzicom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwu Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 5) pozostałym osobom będącym spadkobiercami Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa.
15. W przypadku, o którym mowa w ust. 14 wyżej, Świadczenie może być wypłacone kolejnej osobie wyłącznie gdy żadna z osób wskazanych w poprzedzających punktach nie żyła dłużej niż Ubezpieczony lub zgodnie z ust. 16 nie jest uprawniona do otrzymania Świadczenia.
16. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
17. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej Następstwem Nieszczęśliwego Wypadku oraz z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania Ubezpieczonemu.
18. Wszczęcie postępowania wyjaśniającego następuje po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.
19. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wnioszek o wypłatę Świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia.
20. Wraz z wnioskiem o wypłatę Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego należy złożyć:
 - 1) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kartę zgonu lub inną dokumentację medyczną zawierającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopię dowodu tożsamości osoby uprawnionej;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w ust. 14 pkt 1) aktualny akt małżeństwa;
 - 5) w przypadku, o którym mowa w ust. 14 pkt 2)-4) dokument potwierdzający pokrewieństwo;
 - 6) w przypadku, o którym mowa w ust. 14 pkt 5) dokument potwierdzający nabycie prawa do Świadczenia zgodnie z prawem spadkowym.
21. Wraz z wnioskiem o wypłatę Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku należy złożyć:
 - 1) orzeczenie lekarskie organu uprawnionego do orzekania o trwałej niezdolności do pracy;
 - 2) dokumentację medyczną z placówek medycznych, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał w związku ze zdarzeniem;
 - 3) kopię dowodu tożsamości Ubezpieczonego.
22. Wraz z wnioskiem o wypłatę Świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania należy złożyć:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą Poważne Zachorowanie wraz z opinią Lekarza Specjalisty;
 - 2) wyniki badania histopatologicznego w przypadku nowotworu,
 - 3) orzeczenie lekarskie organu uprawnionego do orzekania o trwałej niezdolności do pracy albo decyzja organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury lub renty,
 - 4) kopię dowodu tożsamości Ubezpieczonego.
23. W przypadku, jeśli którekolwiek ze zdarzeń objętych zakresem ochrony powstało wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, poza dokumentami określonymi w ust. 20-22 należy złożyć:
 - 1) dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (kopię protokołu policji lub kopię protokołu prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informację zawierającą numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie, o ile osoba zgłaszająca roszczenie przedstawi takie dokumenty;
 - 2) kopię 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, o ile osoba zgłaszająca roszczenie przedstawi powyższe dokumenty.
24. Do stwierdzenia zasadności roszczenia, za dzień zajścia zdarzenia z tytułu Poważnego Zachorowania przyjmuje się:
 - 1) w przypadku całkowitej i trwałej utraty mowy, długotrwałej śpiączki, paraliżu oraz udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym – pierwszy dzień okresu, o którym mowa odpowiednio w § 2 pkt 18) ppkt a), ppkt d), ppkt f), ppkt j) pod warunkiem utrzymania się wyżej wymienionego stanu Poważnego Zachorowania do ostatniego dnia tego okresu Ostatni dzień okresu, o którym mowa w zdaniu powyżej, może przypaść już po upływie Okresu Odpowiedzialności;

- 2) w przypadku całkowitej i trwałej utraty wzroku – dzień wystawienia zaświadczenia o wystąpieniu diagnozy objawów choroby przez Lekarza Specjalistę;
- 3) w przypadku chirurgicznego leczenia aorty, operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych, przeszczepu zastawki serca i transplantacji głównych narządów – dzień dokonania zabiegu operacyjnego;
- 4) w przypadku rozległego oparzenia – dzień, w którym nastąpiło rozległe oparzenie;
- 5) w przypadku udaru mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym lub zawału serca z uniesieniem odcinka ST – dzień jego wystąpienia.
- 6) w przypadku utraty słuchu – dzień diagnozy Lekarza Specjalisty;
- 7) w przypadku zaawansowanej niewydolności nerek – dzień wystawienia zaświadczenia o zakwalifikowaniu do dializoterapii lub do przeszczepu nerki;
- 8) w przypadku zaawansowanego nowotworu złośliwego – dzień badania histopatologicznego.

§ 12.

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje 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. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazałyby się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel informuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia w terminie wskazanym w ust. 2 roszczenia w całości lub części.
4. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia.
5. Osoba występująca z roszczeniem, w przypadku odmowy wypłaty Świadczenia lub wypłaty części Świadczenia przez Ubezpieczyciela ma prawo dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

ROZDZIAŁ 12 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13.

W każdym momencie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o przyjęciu lub odrzuceniu wniosku w ciągu 30 dni od daty jego otrzymania.

§ 14.

Wypłaty Świadczeń podlegają przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.

§ 15.

1. Zażalenia wynikające z realizacji Umowy Ubezpieczenia będą rozpatrywane niezwłocznie, jednakże nie dłużej niż w terminie 30 dni od otrzymania zażalenia.
2. Jeżeli w terminie określonym w ust. 1, ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia zażalenia okazałyby się niemożliwe, zażalenie zostanie rozpatrzone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, nie później jednak niż 90 dni od otrzymania zażalenia.
3. Zażalenia wynikające z realizacji Umowy Ubezpieczenia należy zgłaszać niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia.

4. Zażalenia wynikające z realizacji Umowy Ubezpieczenia można kierować osobiście, pisemnie, telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem strony internetowej. Dane kontaktowe do składania zażeń podane są na stronie internetowej Ubezpieczyciela: www.pkoubezpieczenia.pl. Zażalenia można złożyć również agentowi ubezpieczeniowemu, działającemu w imieniu i rzecz Ubezpieczyciela.
5. Osoba składająca zażalenie zostanie powiadomiona o jego rozpatrzeniu w formie pisemnej lub w innej formie (telefonicznie, faksem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej), wybranej poprzez jej określenie w treści zażalenia i wskazanie odpowiednio: numeru telefonu, numeru faksu lub adresu e-mail, na który ma zostać przesłana odpowiedź na zażalenie.
6. Skargi wynikające z realizacji Umowy Ubezpieczenia mogą być kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych zgodnie z Ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych lub do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
7. 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, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
9. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy stronami w zakresie wynikającym z realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.

§ 16.

Korespondencja pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem wysyłana jest pod ostatni znany adres drugiej strony. Ubezpieczający i Ubezpieczyciel zobowiązane są do niezwłocznego informowania się wzajemnie o zmianie swoich danych adresowych.

§ 17.

W sprawach nieuregulowanych w OWU stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, Ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 18.

Ubezpieczyciel, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich danych dotyczących Ubezpieczonego, Ubezpieczającego i Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, w których posiadanie wszedł w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.

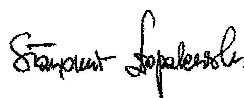
§ 19.

Zgodnie z obowiązującą na dzień wejścia w życie niniejszych OWU ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. rok 2013, poz. 392z późn.zm.) w przypadku ogłoszenia upadłości zakładu ubezpieczeń albo oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości zakładu ubezpieczeń lub umorzenia postępowania upadłościowego, jeżeli majątek dłużnika oczywiście nie wystarcza nawet na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego albo w przypadku zarządzenia likwidacji przymusowej zakładu ubezpieczeń, jeżeli roszczenia osób uprawnionych nie mogą być pokryte z aktywów stanowiących pokrycie rezerw techniczno - ubezpieczeniowych, do zadań Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego należy zaspokajanie roszczeń osób uprawnionych z umów ubezpieczenia na życie, w wysokości 50 % wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30.000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.

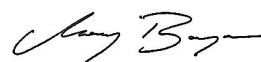
§ 20.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie Kredytobiorców posiadających Kredyty Aurum/Platinum w PKO BP SA – wariant rozszerzony, zostały zatwierdzone w dniu 5 lutego 2015 roku i wchodzi w życie z dniem 30 marca 2015 roku.

W imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela:



Prezes Zarządu
Sławomir Łopalewski



Członek Zarządu
Maciej Berger

**POSTANOWIENIA DODATKOWE I ODMIENNE
DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA
ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW POSIADAJĄCYCH KREDYTY
AURUM/PLATINIUM W PKO BP SA**

variant rozszerzony

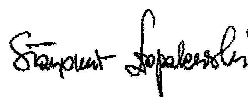
1. Dodaje się na wstępie tabelę o treści:

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego (strona wzorca umownego)
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia.	§ 3 ust. 2 OWU (str. 3)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 4 ust. 2-3 OWU (str. 3), § 5 (str. 3-4)
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.	nie dotyczy

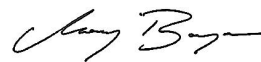
2. Dotychczasowy § 2 pkt 5) otrzymuje brzmienie:
„5) Choroby Istniejące przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela – Choroby:
 - a) które, w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela, były przedmiotem leczenia, rehabilitacji, operacji lub badań, które potwierdziły istnienie Choroby lub
 - b) które zostały zdiagnozowane w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela;”
3. Dotychczasowy § 12 otrzymuje brzmienie:
„1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie 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.
 2. W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy; w takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy Ubezpieczenia.
 3. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
 4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3, ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazałoby się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 3.
 5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 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
o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń z Umowy Ubezpieczenia w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część świadczenia.
 6. 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.
 7. 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, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
 8. 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.”
4. Dotychczasowy § 15 otrzymuje brzmienie:
„1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia mogą złożyć reklamację (w rozumieniu ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym) dotyczącą usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
 2. Reklamacje można składać w każdej jednostce Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce, o której mowa powyżej,
 - 3) w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza kontaktowego zamieszczonego na stronie internetowej: www.pkoubezpieczenia.pl.
3. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia składającego reklamację ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.
4. Odpowiedź na reklamację powinna zostać udzielona przez Ubezpieczyciela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie przez Ubezpieczyciela odpowiedzi przed jego upływem.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia reklamacji okazałoby się niemożliwe, Ubezpieczyciel powiadomi składającego reklamację wyjaśniając przyczynę opóźnienia, wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określając przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie późniejszy niż 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
6. Składający reklamację zostanie powiadomiony o rozpatrzeniu reklamacji w formie wybranej przez siebie poprzez jej określenie w treści reklamacji lub wskazanie numeru telefonu, adresu e-mail lub adresu korespondencyjnego, na który ma zostać przesłane powiadomienie o rozpatrzeniu reklamacji.
7. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o usługach płatniczych). Odpowiedź o której mowa w zdaniu poprzedzającym Ubezpieczyciel może dostarczyć pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
8. Skargi lub zażalenia nie będące reklamacjami w rozumieniu ust. 1 Ubezpieczyciel rozpatruje w terminie 30 dni od otrzymania skargi lub zażalenia.
9. Jeżeli w terminie określonym w ust. 8 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.
10. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia, będącemu konsumentem, przysługuje prawo zwrócenia się o pomoc do Rzecznika Finansowego lub do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta.
11. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania reklamacji publikowane są dodatkowo na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.
13. Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy stronami w zakresie wynikającym z realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski”.
4. Po dotychczasowym § 19 dodaje się § 20 o treści:
„Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.”
5. W związku z dodaniem § 20, dotychczasowy § 20 otrzymuje numer 21.

Niniejsze postanowienia dodatkowe i odmienne do ogólnych warunków ubezpieczenia na życie Kredytobiorców posiadających Kredyty Aurum/Platinum w PKO BP SA – wariant rozszerzony, z dnia 5 lutego 2015 r. zostały zatwierdzone w dniu 8 grudnia 2015 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.

W imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela:



Prezes Zarządu
Sławomir Łopalewski



Członek Zarządu
Maciej Berger