



**WNIOSKO-POLISA NR**

**UMOWY UBEZPIECZENIA**

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

- 1) Umowy na Życie oraz
- 2) Umowy na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zwanych dalej łącznie „Umowami Ubezpieczenia”, do których zastosowanie ma następujący wzorec:

**WARUNKI UBEZPIECZENIA**

Warunki ubezpieczenia „Ochrona dla Ciebie”, obejmujące warunki ubezpieczenia na życie oraz warunki ubezpieczenia na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zatwierdzone przez Zarząd PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 14 stycznia 2020r. w zakresie postanowień dotyczących Umowy na Życie i postanowień wspólnych oraz przez Zarząd PKO Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w dniu 14 stycznia 2020r. w zakresie postanowień dotyczących Umowy na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i postanowień wspólnych, zwane dalej „WU”. Umowy Ubezpieczenia oferowane są przez dwóch Ubezpieczycieli. W celu uproszczenia procesu zawierania obu Umów Ubezpieczenia zastosowano wspólną dokumentację umowną, jednakże każdy z Ubezpieczycieli odpowiada jedynie w zakresie zawartej z nim Umowy Ubezpieczenia.

**UBEZPIECZYCIELE**

**Umowa na Życie** – zostaje zawarta z PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000031094, NIP: 521-04-19-914, kapitał zakładowy: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony, posiadająca zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w Dziale I Ubezpieczenia na życie, wydane przez Ministra Finansów, zwana dalej „PKO Życie”, oraz

**Umowa na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – zostaje zawarta z PKO Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie ul. Chłodna 52, 00-872 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000551487, NIP: 5272734144, kapitał zakładowy w wysokości 25.000.000 zł w całości wpłacony, posiadająca zezwolenie na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w grupach: 1-2, 7-9, 13-18 Działu II Pozostałe ubezpieczenia osobowe oraz ubezpieczenia majątkowe Załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, wydane przez Komisję Nadzoru Finansowego, zwana dalej „PKO Majątek”.

**DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO**

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

Nr umowy Pożyczki Gotówkowej

**1. PIERWSZY UBEZPIECZONY/ UBEZPIECZAJĄCY**

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

**DRUGI UBEZPIECZONY**

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

## 2. ZAKRES I WARUNKI UMOWY NA ŻYCIE

Suma Ubezpieczenia – kwota równa Saldu Zadłużenia wynikającemu z Pierwotnego Harmonogramu.

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

## 3. ZAKRES I WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA I POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

Suma Ubezpieczenia – łączny limit wszystkich świadczeń z ww. Umowy wynosi nie więcej niż 12 Rat.

Do limitu liczby Rat wliczana jest każda pojedyncza Rata będąca podstawą do wyznaczenia wysokości świadczenia bez względu na Udział Procentowy przez jaki jest mnożona.

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ W RAMACH SUMY UBEZPIECZENIA LUB LIMITU ŚWIADCZEŃ Z ZASTOSOWANIEM UDZIAŁU PROCENTOWEGO
Utrata Źródła Dochodu	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pierwsze świadczenie jest należne Ubezpieczonemu po 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania mu statusu Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku w wysokości iloczynu Raty przypadającej do zapłaty (w Okresie Ochrony) bezpośrednio po uzyskaniu Statusu Bezrobotnego z prawem do Zasiłku i Udziału Procentowego.</li> <li>Kolejne świadczenia, w wysokości iloczynu Raty i Udziału Procentowego, należne są jeśli na dzień wymagalności kolejnej Raty (w Okresie Ochrony) Ubezpieczony posiada nieprzerwanie Status Bezrobotnego z Prawem do Zasiłku.</li> <li>Maksymalna liczba świadczeń dla pojedynczego Zdarzenia Ubezpieczeniowego Utraty Źródła Dochodu wynosi 6 (sześć), jednak nie więcej niż łączny limit 12 Rat.</li> </ol>
Poważne Zachorowanie	<ol style="list-style-type: none"> <li>W zależności od przynależności do Grupy Ubezpieczonych zgodnie z § 3 ust.3 WU:  <b>Grupa I</b> - dwukrotność iloczynu 6 kolejnych Rat i Udziału Procentowego,  <b>Grupa II</b> - iloczyn 6 kolejnych Rat i Udziału Procentowego,                      w obu przypadkach dotyczy Rat przypadających po Dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, o ile płatność tych Rat przypada w Okresie Ochrony.</li> <li>Ubezpieczyciel odpowiada maksymalnie za 2 (dwa) zdarzenia Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego w całym Okresie Ochrony, jednak nie więcej niż łączny limit 12 Rat.</li> </ol>
Pobyt w Szpitalu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku	<ol style="list-style-type: none"> <li>Pierwsze świadczenie jest należne Ubezpieczonemu po 2 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, w wysokości zależnej od przynależności do Grupy Ubezpieczonych zgodnie z § 3 ust. 3 WU i jest równe:  <b>Grupa I</b> - dwukrotności iloczynu Raty i Udziału Procentowego;  <b>Grupa II</b> - iloczynowi Raty i Udziału Procentowego,                      w obu przypadkach dotyczy Raty przypadającej do zapłaty (w Okresie Ochrony) bezpośrednio po przyjęciu do Szpitala.</li> <li>Kolejne świadczenie należne jest, jeśli na dzień wymagalności kolejnej Raty (w Okresie Ochrony) Ubezpieczony przebywa nieprzerwanie w Szpitalu w związku z tym samym Zdarzeniem Ubezpieczeniowym i jest równe:  <b>Grupa I</b> - dwukrotności iloczynu Raty i Udziału Procentowego,  <b>Grupa II</b> - iloczynowi Raty i Udziału Procentowego, jednak nie więcej niż łączny limit 12 Rat.</li> </ol>

## 4. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ DLA OBU UMÓW UBEZPIECZENIA

	Umowa na Życie	Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku
Początek	Okres Ochrony rozpoczyna się od dnia następnego po dniu wypłaty kwoty Pożyczki Gotówkowej, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem okresów karencji określonych w § 4 ust. 2 WU.	
Koniec	<ol style="list-style-type: none"> <li>Ubezpieczający ma prawo odstąpić od danej Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od jej zawarcia, a w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość – w terminie 30 dni od dnia otrzymania potwierdzenia warunków ochrony ubezpieczeniowej i informacji wymaganych przepisami po zawarciu umów na odległość.</li> <li>Ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć daną Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie ze skutkiem natychmiastowym.</li> <li>Dana Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:                         <ol style="list-style-type: none"> <li>z dniem doręczenia Ubezpieczycielowi lub agentowi pisemnego wypowiedzenia lub oświadczenia o odstąpieniu,</li> <li>z dniem zgonu (w przypadku gdy ochroną ubezpieczeniową objęty jest tylko jeden Ubezpieczony),</li> <li>z dniem wymagalności ostatniej Raty określonej w Pierwotnym Harmonogramie Pożyczki Gotówkowej,</li> <li>z dniem wcześniejszej, całkowitej spłaty Pożyczki Gotówkowej,</li> <li>z dniem rozwiązania umowy Pożyczki Gotówkowej (niezależnie od przyczyny), nie później niż z końcem maksymalnego 120-miesięcznego czasu trwania umowy Pożyczki Gotówkowej.</li> </ol> </li> </ol>	
	Umowa kończy się z dniem wyczerpania limitów świadczeń.	

## 5. SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

Wysokość Pożyczki Gotówkowej będąca podstawą do obliczenia składek ubezpieczeniowych	
Łączna wysokość składek ubezpieczeniowych, w tym:	
1) składka z tytułu Umowy na Życie	
2) składka z tytułu Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego	

**6. INFORMACJE ZEBRANE W TRAKCIE ANALIZY WYMAGAŃ I POTRZEB**

1. Czy chciał(a)by Pan/i, aby w sytuacji utraty życia pożyczka została spłacona i nie obciążała bliskich?

**Odpowiedź: TAK**

2. Czy chciał(a)by Pan/i mieć wsparcie w częściowej spłacie pożyczki na wypadek nieprzewidzianych zdarzeń losowych, np. związanych z utratą zdrowia lub bezrobociem (status bezrobotnego z prawem do zasiłku)?

**Odpowiedź: TAK**

3. Czy mieszka i pracuje Pan/i na stałe za granicą?

**Odpowiedź: NIE**

4. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdiagnozowano u Pana/i którąkolwiek z następujących chorób: nowotwór złośliwy (w tym białaczka oraz choroba mieloproliferacyjna), choroba niedokrwienna serca (w tym zawał serca), udar mózgu, cukrzyca leczona insuliną, marskość wątroby, niewydolność nerek lub posiada Pan/i ważne skierowanie, oczekuje na badania, wyniki badań lub konsultacje medyczne w związku z wyżej wymienionymi chorobami lub czy oczekuje Pan/i na przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego (w charakterze biorcy)?

**Odpowiedź: NIE**

W trakcie procesu sprzedażowego w sposób zautomatyzowany została sprawdzona adekwatność wieku i długości zaciągniętej pożyczki do wymagań co do możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową.

**7. OŚWIADCZENIA I ZGODY**

Oświadczam, że:

1. Zostałem poinformowany, że zgodnie z § 3 ust. 3 WU, w przypadku gdy na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, spełniam którekolwiek z kryteriów:

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) mam status emeryta lub rencisty,</li> <li>2) jestem rolnikiem lub małżonkiem/q rolnika,</li> <li>3) nie uzyskuję dochodu z Działalności gospodarczej lub Stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej,</li> <li>4) jestem w okresie wypowiedzenia umowy stanowiącej jedyne źródło dochodu,</li> <li>5) uzyskuję dochód poza granicami Polski i mam podpisaną umowę na podstawie prawa innego niż polskie ale mieszkam w Polsce,</li> <li>6) w okresie 18 miesięcy nie przepracowałem/am, co najmniej 12 miesięcy,</li> </ol>	<p>w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zawarciem ubezpieczenia, przez co najmniej 12 miesięcy prowadziłem/am Działalność gospodarczą lub pracowałem/am: na podstawie umowy o pracę, spółdzielczej umowy o pracę, stosunku służbowego: mianowania, powołania, wyboru, kontraktu menadżerskiego, kontraktu żołnierskiego, umowy cywilnoprawnej, do której zastosowanie mają przepisy prawa polskiego w tym Kodeksu Cywilnego lub kontraktu marynarskiego, do których stosuje się postanowienia układu pracy zatwierdzone przez International Transport Workers' Federation albo uzyskuję dochód poza granicami PL ale mam podpisaną umowę na podstawie prawa polskiego lub prowadzę działalność gospodarczą zarejestrowaną na terenie RP,</p>
<p><b>to jestem objęty/a ochroną w Grupie I w zakresie ryzyka Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie NW</b></p>	<p><b>to jestem objęty/a ochroną w Grupie II w zakresie Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku</b></p>

oraz, że zakres ochrony ulega zmianie w przypadku zmiany kryteriów po mojej stronie. Ostateczna weryfikacja przynależności do danej grupy dokonywana jest na Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;

2. otrzymałem(-am) i zapoznałem(-am) się z treścią WU i Kart Produktu ubezpieczenia na życie oraz Dokumentu Zawierającego Informację o Produkcie Ubezpieczeniowym, mającym zastosowanie do ubezpieczenia na wypadek Utraty Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, przekazanych mi przed zawarciem Umów Ubezpieczenia, w tym z wyłączeniami i ograniczeniami odpowiedzialności Ubezpieczyciela zawartymi w § 6 WU
3. wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy na Życie oraz Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), iż Suma Ubezpieczenia w Umowie na Życie jest zmienna, zgodnie z postanowieniami §2 pkt18 WU oraz wyrażam zgodę na jej wysokość;
4. wyrażam zgodę na przekazanie do PKO Życie i PKO Majątek (w zakresie koniecznym do realizacji przez każdego Ubezpieczyciela świadczeń wynikających z udzielonej mi ochrony) przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, a także informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz zgodę na zasięgnięcie informacji w Narodowym Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach placówek wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz wysokości świadczeń;
5. wyrażam zgodę i upoważniam PKO Życie oraz PKO Majątek do udzielania sobie wzajemnie informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową związanych z objęciem mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy na Życie oraz Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, w zakresie informacji objętych niniejszą Wniosko-Polisą oraz w zakresie niezbędnym do aktualizacji moich danych kontaktowych oraz realizacji dyspozycji i oświadczeń woli złożonych do któregośkolwiek z Ubezpieczycieli, a także upoważniam wyżej wskazanych Ubezpieczycieli do przekazywania informacji o zawartych Umowach Ubezpieczenia i zmianie uprawnionych do świadczenia do PKO BP SA;
6. udzielam zgody na doręczanie mi odpowiednio przez PKO Życie i PKO Majątek za pośrednictwem e-maila lub telefonu (podanych we Wniosko-Polisie lub podanych później) informacji związanych z zawartą Umową na Życie oraz Umową na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Nadto wyrażam zgodę na przesyłanie mi za pośrednictwem e-maila wszelkich dokumentów, oświadczeń lub innej, bieżącej korespondencji w związku z wykonywaniem Umów Ubezpieczenia. Powyższe nie dotyczy oświadczeń Ubezpieczyciela o odmowie przyznania świadczenia w całości lub w części;
7. będąc Ubezpieczającym udzielam pełnomocnictwa drugiemu Ubezpieczonemu i wyrażam zgodę, aby rezygnacja z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczającym była traktowana jako wypowiedzenie przeze mnie Umowy na Życie lub Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, w zależności od treści złożonego oświadczenia przez drugiego Ubezpieczonego (dotyczy Umów z dwoma Ubezpieczonymi);
8. będąc Ubezpieczającym dokonuję cesji swoich praw i obowiązków (przysługujących mi jako Ubezpieczającemu) z Umowy na Życie oraz Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku na rzecz drugiego Ubezpieczonego, pod warunkiem zawieszającym mojej śmierci w okresie obowiązywania ww. Umów Ubezpieczenia. Ubezpieczony niebędący Ubezpieczającym oświadcza, że przyjmuje cesję praw i obowiązków Ubezpieczającego, pod warunkiem zawieszającym śmierci Ubezpieczającego w okresie obowiązywania ww. Umów Ubezpieczenia. Przez przyjęcie niniejszej Wniosko-Polisę PKO Życie oświadcza, że wyraża zgodę na cesję obowiązków Ubezpieczającego na rzecz drugiego z Ubezpieczonych z Umowy na Życie oraz PKO Majątek oświadcza, że wyraża zgodę na cesję obowiązków Ubezpieczającego na rzecz drugiego z Ubezpieczonych z Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania

i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku w okresie obowiązywania ww. Umów Ubezpieczenia (dotyczy Umów z dwoma Ubezpieczonymi).

- zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w przekazanym mi dokumencie „Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych”.
- wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i realizacji Umowy Ubezpieczenia.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpieczonego/Ubezpieczającego

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

#### 8. OŚWIADCZENIA I ZGODY DLA PKO BP SA

- Upoważniam PKO BP SA do pobrania w dniu postawienia Pożyczki Gotówkowej do mojej dyspozycji, z kwoty udzielonej Pożyczki Gotówkowej, jednorazowej składki ubezpieczeniowej na poczet Umowy na Życie oraz Umowy na Wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku. Składka ubezpieczeniowa pobierana jest z góry za cały Okres Ochrony.
- Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do przekazywania odpowiednio PKO Życie lub PKO Majątek informacji objętych tajemnicą bankową o treści zawartej przeze mnie z PKO BP SA umowy Pożyczki Gotówkowej, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczeń z tytułu Umowy na Życie lub Umowy na wypadek Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

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

#### 9. UPOSAŻENI\*

##### UPOSAŻONY GŁÓWNY

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

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis pierwszego Ubezpieczonego

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis drugiego Ubezpieczonego

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

#### 10. CESJA WIERZYTELNOŚCI Z UMOWY NA WYPADEK UTRATY ŹRÓDŁA DOCHODU, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA I POBYTU W SZPITALU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU POMIĘDZY UBEZPIECZONYMI A PKO BP SA.

Przelewam na rzecz PKO BP SA prawa do świadczeń, które będą przysługiwać mi z tytułu zajścia Utraty Źródła Dochodu, Poważnego Zachorowania i Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, do wysokości wierzytelności PKO BP SA, stanowiącej wymagalne saldo zadłużenia z tytułu umowy Pożyczki Gotówkowej, ustalane każdorazowo przez Bank na dzień wypłaty świadczenia przez Ubezpieczyciela. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że różnica między kwotą należnego świadczenia z Umowy Ubezpieczenia a wyżej wymienionym saldem zadłużenia zostanie wypłacona na moją rzecz.

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. \_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość \_\_\_\_\_  
Podpis drugiego Ubezpiezonego

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

\_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr) \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Podpis/-y i pieczęć funkcyjna/imienna lub firmowa/ pieczęć nagłówkowa osoby/osób przyjmujących Wniosko-Polisę i osoby/osób przyjmujących cesję/Pracowników Banku\*\*

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