

WNIOSKO-POLISA

NR _____



Ubezpieczenia

Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia na życie ze składką miesięczną – Polisa do Ubezpieczenia na Życie ze składką miesięczną dla Kredytobiorców PKO BP S.A. i PKO Banku Hipotecznego S.A., którzy zawarli umowy kredytu lub pożyczki zabezpieczone hipoteką (zwane dalej „Wniosek-Polisą”)

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie ze składką miesięczną dla Kredytobiorców PKO BP S.A. i PKO Banku Hipotecznego S.A., którzy zawarli Umowy Kredytu lub pożyczki zabezpieczone hipoteką z dnia roku (zwane dalej „OWU”). Wszelkie terminy pisane z wielkiej litery, o ile nie zostały zdefiniowane odrębnie w niniejszej Wniosek-Polisie, przyjmują znaczenie nadane im w OWU.

DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

PKO Bank Polski S.A. Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000026438; NIP: 525-000-77-38 REGON: 016298263; kapitał zakładowy (kapitał wpłacony) 1 250 000 000 zł Wpisana do Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych pod Numerem 11160967/A (zwany dalej PKO BP S.A.).

UBEZPIECZYCIEL

PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Chłodnej 52, 00-872 Warszawa wpisana do Rejestru Przedsiębiorców przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000031094, NIP 521-04-19-914, kapitał zakładowy: 89 308 936,29 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, www.pkoubezpieczenia.pl. (zwane dalej PKO Życie TU S.A.).

Nr Umowy Kredytu _____

1. PIERWSZY UBEZPIECZONY/PIERWSZY UBEZPIECZAJĄCY

Pierwsze Imię	_____	Drugie Imię	_____
Nazwisko	_____	Dokument Tożsamości	_____
PESEL	_____	Data urodzenia	_____
Nr telefonu	_____		
E-mail	_____		
Adres korespondencyjny	_____		
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica	_____	_____	_____
		Nr domu	Nr lokalu Poczta
Numer PID Klienta	_____		

2. DRUGI UBEZPIECZONY/DRUGI UBEZPIECZAJĄCY

Pierwsze Imię	_____	Drugie Imię	_____
Nazwisko	_____	Dokument Tożsamości	_____
PESEL	_____	Data urodzenia	_____
Nr telefonu	_____		
E-mail	_____		
Adres korespondencyjny	_____		
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica	_____	_____	_____
		Nr domu	Nr lokalu Poczta
Numer PID Klienta	_____		

3. UPOSAŻENI ZASTĘPCZY PIERWSZEGO UBEZPIECZONEGO

Dane Uposażonego Zastępczego na wypadek zgonu Ubezpieczonego, o którym mowa w § 10 ust. 6 i 7 OWU

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

4. UPOSAŻENI ZASTĘPCZY DRUGIEGO UBEZPIECZONEGO

Dane Uposażonego Zastępczego na wypadek zgonu Ubezpieczonego, o którym mowa w § 10 ust. 6 i 7 OWU

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

Imię	<input type="text"/>	Nazwisko	<input type="text"/>
% Świadczenia	<input type="text"/>		
Data urodzenia	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Adres korespondencyjny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

5. ZAKRES I WARUNKI UBEZPIECZENIA

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Zgon Ubezpieczonego	1) w pierwszym Miesiącu Ochrony jest równa iloczynowi Udziału Procentowego obowiązującego na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia i Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w niniejszej Wniosko-Polisie, 2) w kolejnych Miesiącach Ochrony jest równa iloczynowi Udziału Procentowego obowiązującego w danym Miesiącu Ochrony i Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w niniejszej Wniosko-Polisie z zastrzeżeniem §10, ust. 3; ust. 4 i ust. 14 OWU.
Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku	1) w pierwszym Miesiącu Ochrony jest równa iloczynowi Udziału Procentowego obowiązującego na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia i Sumy Ubezpieczenia, o której mowa w niniejszej Wniosko-Polisie,

	2) w kolejnych Miesiącach Ochrony jest równa iloczynowi Udziału Procentowego obowiązującego w danym Miesiącu Ochrony i Sumy Ubezpieczenia o której mowa w niniejszej Wniosko-Polisie, z zastrzeżeniem §10, ust. 3; ust. 4 i ust. 14 OWU.
--	--

Suma Ubezpieczenia – Kwota równa:

- a) w pierwszym Miesiącu Ochrony Saldu Zadłużenia aktualnemu na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
- b) w kolejnych Miesiącach Ochrony Saldu Zadłużenia aktualnemu na Dzień Naliczenia dla danego Miesiąca Ochrony.

Saldo Zadłużenia – kwota, jaka pozostała Kredytobiorcy do spłacenia zgodnie z treścią Umowy Kredytu pomniejszona o ewentualne odsetki za opóźnienie w spłacie Kredytu oraz ewentualne spłaty części Kredytu przed terminem określonym w Umowie Kredytu.

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.

W przypadku zmiany liczby Kredytobiorców objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w związku z jedną Umową Kredytu, Udział Procentowy jest aktualizowany pierwszego dnia każdego kolejnego Miesiąca Ochrony.

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Okres Odpowiedzialności PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.	Zgodnie z § 4 OWU
Wysokość stawki ubezpieczeniowej	0,02773%
Składka Ubezpieczeniowa za Miesiąc Ochrony	0,02773% x Suma Ubezpieczenia Podział Składki Ubezpieczeniowej na ryzyka w ujęciu procentowym: - 82,6% Zgon Ubezpieczonego - 17,4% Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i Samodzielnej Egzystencji będąca następstwem Nieszczęśliwego Wypadku
Częstotliwość płatności Składki Ubezpieczeniowej	Składka Ubezpieczeniowa ustalana jest jako składka miesięczna opłacana przez Ubezpieczającego z góry, za każdy Miesiąc Ochrony.

6. UPOSAŻONY PODSTAWOWY ORAZ CESJA PRAWA DO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY I SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI BĘDĄCEJ NASTĘPSTWEM NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Wskazuję:

Bank, z którym zawarłem Umowę kredytu ¹
.....(inna osoba) ²

jako Uposażonego do Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego do wysokości Salda Zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wraz z odsetkami i opłatami, o których mowa w OWU §.10 ust. 14. .

2. Dokonuję przeniesienia prawa do Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy i Samodzielnej Egzystencji będącej następstwem Nieszczęśliwego Wypadku na

Bank, z którym zawarłem Umowę kredytu ¹
.....(inna osoba) ²
Nie dotyczy

do wysokości Salda Zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wraz z odsetkami i opłatami, o których mowa w OWU §.10 ust. 14 z tytułu udzielonego mi przez Bank Kredytu.

□ - □ - □	r.	□
Data (dd-mm-rrrr)		Miejscowość

□
Podpis pierwszego Ubezpieczonego

¹ dotyczy, gdy Uposażonym Podstawowym jest Bank,
² dotyczy, gdy Uposażonym Podstawowym jest inna osoba

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

7. OŚWIADCZENIA I ZGODY DLA PKO ŻYCIE TU S.A.

Oświadczam, że:

1. W ciągu 12 miesięcy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia zgodnie z moim stanem wiedzy nie zdiagnozowano u mnie, nie chorowałem(-am), ani nie leczono mnie w związku z: nowotworem złośliwym (w tym białaczką oraz chorobą mieloproliferacyjną), chorobą niedokrwinną serca (w tym zawałem serca), udarem mózgu, cukrzycą leczoną insuliny, marskością wątroby. Nie posiadam także ważnego skierowania, ani nie oczekuję na badania lub konsultacje medyczne w związku z wyżej wymienionymi chorobami.
2. Otrzymałem(-am), zapoznałem(-am) się i akceptuję treść OWU Ubezpieczenia na Życie ze składką miesięczną dla Kredytobiorców PKO BP SA i PKO Banku Hipotecznego SA, którzy zawarli umowy kredytu lub pożyczki zabezpieczone hipoteką oraz Karty Produktu Ubezpieczenia na Życie ze składką miesięczną dla Kredytobiorców PKO BP SA i PKO Banku Hipotecznego SA, którzy zawarli umowy kredytu lub pożyczki zabezpieczone hipoteką.
3. Podane przeze mnie dane są kompletne i zgodne z prawdą. Jestem świadomy(-a), że podanie nieprawdziwych, fałszywych lub niekompletnych danych lub informacji, może skutkować ograniczeniem lub wyłączeniem odpowiedzialności PKO Życie TU S.A. na warunkach przewidzianych w przepisach kodeksu cywilnego.
4. Zobowiązuję się do informowania PKO Życie TU S.A. o każdej zmianie podanych przeze mnie w niniejszej Wniosko-Polisie danych, w szczególności o zmianie danych kontaktowych.
5. Jestem zdolny(-a) do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym i nie posiadam stwierdzonego prawa do renty stałej lub czasowej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego.
6. Wyrażam zgodę na przekazywanie do PKO Życie TU S.A. (w zakresie koniecznym do realizacji przez 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.
7. Wyrażam zgodę i upoważniam Ubezpieczyciela do przekazania towarzystwu reasekuracji RGA International Reinsurance Company Limited, a w przypadku zawarcia umowy z innymi niż RGA International Reinsurance Company Limited reasekuratorem temu reasekuratorowi informacji objętych tajemnicą bankową, o których mowa w sekcji 8 ust. 2 poniżej w celu reasekuracji ryzyk wynikających z Umowy Ubezpieczenia.
8. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku Kredytów udzielanych w walucie, indeksowanych lub denominowanych w walutach obcych, Suma Ubezpieczenia, która jest przeliczana na złoty polski zgodnie z zasadami określonymi w OWU, może w związku z ryzykiem zmiany kursu tej waluty, nie pokryć całości Salda Zadłużenia.
9. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez PKO Życie TU S.A. informacji o Umowie Ubezpieczenia, w tym o zmianach osób uprawnionych do świadczenia, zgłoszonych roszczeniach, wypłaconych świadczeniach oraz przebiegu likwidacji roszczeń zgłoszonych z Umowy Ubezpieczenia do Banku, z którym zawarta została Umowa Kredytu.
 - a) Zostałem(-am) poinformowany(-a), że w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia konieczne jest zapewnienie w dniu podpisania Wniosko-Polisę na moim rachunku, prowadzonym w PKO BP S.A., albo rachunku przeznaczonym do spłaty kredytu (w zależności od ustalonego w umowie kredytu sposobu spłaty kredytu), środków pieniężnych na finansowanie Składki Ubezpieczeniowej.
10. Wyrażam zgodę na zasięgnięcie u każdego ubezpieczyciela informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do ustalenia prawa Ubezpieczonego do Świadczeń z tytułu Umów Ubezpieczenia oraz wysokości tych Świadczeń, a także do zasięgnięcia informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, w przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia z tytułu mojego zgonu.
11. Wyrażam zgodę na udzielenie informacji w zakresie wskazanym w pkt 10 każdemu innemu ubezpieczycielowi.
12. Udzielam PKO Życie TU S.A. zgody na doręczanie mi przez PKO Życie TU S.A. – z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość: telefon, e-mail (określonych w niniejszej Wniosko-Polisie) – informacji związanych z zawartą Umową Ubezpieczenia. Nadto wyrażam zgodę na przesyłanie mi drogą elektroniczną (pocztą elektroniczną) wszelkich dokumentów, oświadczeń czy innej, bieżącej korespondencji w związku z wykonywaniem i obsługą zawartej przeze mnie z PKO Życie TU S.A. Umowy Ubezpieczenia.

Zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w przekazanym mi dokumencie „Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych”.

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

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

8. OŚWIADCZENIA I ZGODY DLA BANKU

1. Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP S.A. do pobierania z mojego rachunku prowadzonego przez PKO BP SA kwoty Składki Ubezpieceniowej albo zobowiązuje się do zapewnienia na rachunku przeznaczonym do spłaty udzielonego mi przez Bank Kredytu, kwoty Składki Ubezpieceniowej, Składka Ubezpieceniowa będzie pobierana miesięcznie, z góry, za każdy Miesiąc Ochrony.
2. Wyrażam zgodę i upoważniam Bank do przekazywania PKO Życie TU S.A. informacji objętych tajemnicą bankową o treści zawartej przeze mnie z Bankiem Umowy Kredytu, w tym w szczególności informacji o: imieniu i nazwisku, danych adresowych, dacie urodzenia, numerze PESEL, Udziale Procentowym, numerze rachunku bankowego do spłaty zadłużenia, saldzie mojego zadłużenia kredytowego z tytułu w/w Umowy Kredytu, okresie na jaki zawarto w/w Umowę Kredytu w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty Świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

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

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

9. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU

UWAGA: Wypełnia osoba przyjmująca wniosek.

Potwierdzam zgodność podpisów Klienta ze wzorem złożonym w Banku.

____ - ____ - ____ r. _____
Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość
Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest dniem złożenia kompletnie wypełnionej Wniosko -Polisy

Podpis i pieczęć funkcyjna osoby przyjmującej wniosek i potwierdzającej zawarcie Umowy Ubezpieczenia