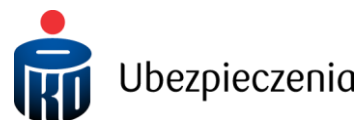


# WNIOSKO-POLISA NR



Wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia na życie – Polisa do Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO BP SA – wariant podstawowy

## WARUNKI UBEZPIECZENIA:

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO BP S.A. – wariant podstawowy z dnia 5 lutego 2015 roku (zwane dalej „OWU”). Wszelkie terminy pisane z wielkiej litery, o ile nie zostały zdefiniowane odrębnie w niniejszej Wniosko-Polisie, przyjmują znaczenie nadane im w OWU.

## DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Puławskiej 15, 02-515 Warszawa, zarejestrowana 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 SA).

## 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: 192 529 563,11 zł w całości wpłacony. Infolinia: 801 231 500, tel. +48 22 541 01 00, [www.pkoubezpieczenia.pl](http://www.pkoubezpieczenia.pl). (zwane dalej PKO Ubezpieczenia).

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"/>		
E-mail	<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
Numer PID Klienta	<input type="text"/>		

## 2. 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"/>		
E-mail	<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
Numer PID Klienta	<input type="text"/>		

### 3. UPOSAŻENI ZASTĘPCZY PIERWSZEGO UBEZPIECZONEGO

Z zastrzeżeniem punktu 6 poniżej, w zakresie pozostałej części Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskazuję następujących Uposażonych:

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

Z zastrzeżeniem punktu 6 poniżej, w zakresie pozostałej części Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskazuję następujących Uposażonych:

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	% SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ
Zgon Ubezpieczonego	Iloczyn Sumy Ubezpieczenia i Udziału Procentowego zgodnie z § 11 ust. 2 oraz ust.3 OWU	100%

**Suma Ubezpieczenia** – kwota równa Saldu Zadłużenia wynikającemu z Pierwotnego Harmonogramu Spłat Pożyczki

**Udział Procentowy** – ustalany w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia dla każdego Pożyczkobiorcy objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w związku z jedną umową pożyczki i jest równy:

- 100%, gdy Umową Ubezpieczenia objęty jest jeden Ubezpieczony w ramach jednej umowy Pożyczki Gotówkowej,
- 50%, gdy Umową Ubezpieczenia objętych jest dwóch Ubezpieczonych w ramach jednej umowy Pożyczki Gotówkowej;

### WARUNKI UBEZPIECZENIA

Okres Odpowiedzialności PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.	Zgodnie z § 4 OWU
---	-------------------

Wysokość Pożyczki Gotówkowej będąca podstawą do obliczenia kwoty Składki Ubezpieczeniowej	
Wariant	Wariant podstawowy
Składka Ubezpieczeniowa	Iloczyn taryfy Składki Ubezpieczeniowej w wysokości 0,237%, wysokości Pożyczki Gotówkowej będącej podstawą do obliczenia kwoty Składki Ubezpieczeniowej oraz liczby miesięcy trwania Pożyczki Gotówkowej. W przypadku rezygnacji przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej przed końcem okresu ochrony, na podstawie § 8 OWU, Ubezpieczonemu przysługująca będzie zwrot opłaty za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

## 6. UPOSAŻONY PODSTAWOWY UBEZPIECZONYCH

Wskazuję PKO BP SA jako Uposażonego do części Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w wysokości równoważności iloczynu Udziału Procentowego i Sumy Ubezpieczenia na dzień zajścia zdarzenia oraz odsetek wskazanych w § 11 ust. 3 OWU.

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

Podpis pierwszego Ubezpieczonego

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

Podpis drugiego Ubezpieczonego

## 7. OŚWIADCZENIA I ZGODY DLA PKO UBEZPIECZENIA

Administratorem przekazanych danych osobowych jest PKO Ubezpieczenia. Powyższe dane osobowe są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania Umowy Ubezpieczenia oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług administratora danych. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz do wniesienia sprzeciwu, wobec ich przetwarzania w celach marketingowych, w przypadkach wskazanych w ustawie o ochronie danych osobowych. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do realizacji Umowy Ubezpieczenia. Dane osobowe obejmujące: imiona, nazwisko, datę urodzenia, PESEL, adres do korespondencji, płeć, ankietę zdrowia, wyniki badań medycznych oraz wszelką dokumentację medyczną mają prawo zostać udostępnione towarzystwu reasekuracji RGA International Reinsurance Company Limited, a w przypadku zawarcia umowy z innymi niż RGA International Reinsurance Company Limited reasekuratorem temu reasekuratorowi w celu reasekuracji ryzyk wynikających z Umowy Ubezpieczenia.

Oświadczam, że:

- Otrzymałem(-am), zapoznałem(-am) się i akceptuję treść OWU, na podstawie których wnioskuję o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
- Otrzymałem(-am), zapoznałem(-am) się i akceptuję treść Karty Produktu Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców Posiadających Pożyczki Gotówkowe w PKO BP SA – wariant podstawowy.
- Zapoznałem(-am) się z kopią Pełnomocnictwa, jakie posiada Agent, a w przypadku osoby fizycznej wykonującej czynności agencyjne w imieniu Agenta, z kopią Upoważnienia do działania na rzecz PKO Ubezpieczenia.
- Zostałem poinformowany przez Agenta przy pierwszej czynności agencyjnej o tym, że:
  - Agentem Ubezpieczeniowym jest Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna.
  - Agent, czyli PKO BP SA, w zakresie ubezpieczeń na życie jest agentem wyłącznym PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Agent nie działa w imieniu i na rzecz innych zakładów ubezpieczeń.
  - Agent, czyli PKO BP SA jest 100% akcjonariuszem PKO Życie TU S.A.
  - Agent uzyskał wpis do rejestru agentów ubezpieczeniowych z numerem agenta 11160967/A i mogę sprawdzić/potwierdzić wpis Agenta do rejestru na stronie internetowej Rejestru Agentów Ubezpieczeniowych prowadzonym przez Komisję Nadzoru Finansowego [https://au.knf.gov.pl/Au\\_online/faces/Info.xhtml](https://au.knf.gov.pl/Au_online/faces/Info.xhtml).
- 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 Ubezpieczenia na warunkach przewidzianych w przepisach kodeksu cywilnego.
- Zobowiązuję się do informowania PKO Ubezpieczenia o każdej zmianie podanych przeze mnie w niniejszej Wniosko-Polisie danych, w szczególności o zmianie danych kontaktowych.
- Zapoznałem(-am) się, zrozumiałem(-am) i akceptuję wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, określone w § 4 ust. 2 i § 5 OWU.

8. Wyrażam zgodę na przekazywanie do PKO Ubezpieczenia 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.
9. 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 oświadczeniu nr 2 w punkcie 8 „Oświadczenia i zgody dla PKO BP SA” poniżej w celu reasekuracji ryzyk wynikających z Umowy Ubezpieczenia.
10. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez PKO Ubezpieczenia informacji o Umowie Ubezpieczenia, w tym o zmianach osób uprawnionych do świadczenia, zgłoszonych roszczeniach, wypłaconych świadczeniach oraz przebiegu likwidacji roszczeń zgłoszonych z Umowy Ubezpieczenia, PKO BP SA.
11. Wyrażam zgodę na zasięganie 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 zasięgania informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, w przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia z tytułu mojego zgonu.
12. Wyrażam zgodę na udzielenie informacji w zakresie wskazanym w punkcie powyżej każdemu innemu ubezpieczycielowi.
13. Udzielam PKO Ubezpieczenia zgody na doręczanie mi przez PKO Ubezpieczenia – 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 Ubezpieczenia Umowy Ubezpieczenia.
14. W przypadku gdy odstąpię od umowy Pożyczki Gotówkowej w terminie określonym w tej umowie Pożyczki Gotówkowej, moją wolą jest, aby ww. oświadczenie potraktować również jako odstąpienie przeze mnie od Umowy Ubezpieczenia w dacie zaistnienia tego zdarzenia.
15. Wyrażam zgodę aby rezygnacja z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym była traktowana jako wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia.

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

Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

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

Podpis drugiego Ubezpieczonego

## 8. OŚWIADCZENIA I ZGODY DLA PKO BP SA

1. Upoważniam PKO BP SA do pobrania w dniu postawienia Pożyczki Gotówkowej do mojej dyspozycji, z kwoty udzielonej Pożyczki Gotówkowej, jednorazowej Składki Ubezpieczeniowej. Składka Ubezpieczeniowa pobierana jest z góry za cały Okres Odpowiedzialności.
2. Wyrażam zgodę i upoważniam PKO BP SA do przekazywania PKO Ubezpieczenia informacji objętych tajemnicą bankową o treści zawartej przeze mnie z PKO BP SA umowy Pożyczki Gotówkowej, w tym w szczególności informacji o: imieniu i nazwisku, danych adresowych, dacie urodzenia, numerze PESEL oraz płci Pożyczkobiorcy, numerze rachunku bankowego do spłaty zadłużenia, numerze umowy Pożyczki Gotówkowej, kwocie Pożyczki Gotówkowej brutto, dacie uruchomienia Pożyczki Gotówkowej, dacie zapadalności Pożyczki Gotówkowej, liczbie miesięcy kredytowania, wysokości odsetek należnych PKO BP SA, z tytułu umowy Pożyczki Gotówkowej, w zakresie i celu niezbędnym do realizacji warunków ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty Świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

### Cesja Praw i Obowiązków

1. Ubezpieczający oświadcza, że dokonuje cesji swoich praw i obowiązków z Umowy Ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego, pod warunkiem zawieszającym śmierci Ubezpieczającego w okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony oświadcza, że przyjmuje cesję praw i obowiązków Ubezpieczającego, pod warunkiem zawieszającym śmierci Ubezpieczającego, w okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.
3. Przez przyjęcie niniejszej Wniosko-Polisy PKO Ubezpieczenia oświadcza, że wyraża zgodę na cesję obowiązków Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego, pod warunkiem zawieszającym śmierci Ubezpieczającego w okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.

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

Podpis Ubezpieczonego / Ubezpieczającego

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

Podpis drugiego Ubezpieczonego

#### 8. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU I ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest dniem złożenia kompletnie wypełnionej Wniosko-Polisy

UWAGA: Wypełnia osoba przyjmująca wniosek.

Potwierdzam zgodność podpisów Klienta ze wzorem złożonym w Banku.

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

Data (dd-mm-rrrr)  
Dzień zawarcia Umowy  
Ubezpieczenia jest dniem  
złożenia kompletnie  
wypełnionej Wniosko-Polisy

Podpis i pieczęć funkcyjna osoby przyjmującej  
wniosek i potwierdzającej zawarcie umowy  
ubezpieczenia