

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 SA i PKO Banku Hipotecznego SA, którzy zawarli umowy kredytu lub pożyczki zabezpieczone hipoteką

WARUNKI UBEZPIECZENIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie dla Klientów PKO BP SA i PKO Banku Hipotecznego SA, którzy zawarli Umowy Kredytu lub pożyczki zabezpieczone hipoteką z dnia 22.10.2024 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

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 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, 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. 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		Nazwisko	
% Świadczenia			
Data urodzenia		PESEL	
Adres korespondencyjny			
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica			
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

Imię		Nazwisko	
% Świadczenia			
Data urodzenia		PESEL	
Adres korespondencyjny			
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica			
		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		Nazwisko	
% Świadczenia			
Data urodzenia		PESEL	
Adres korespondencyjny			
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica			
		Nr domu	Nr lokalu Poczta

Imię		Nazwisko	
% Świadczenia			
Data urodzenia		PESEL	
Adres korespondencyjny			
	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica			
		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:

- w pierwszym Miesiącu Ochrony Saldu Zadłużenia aktualnemu na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
- 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:

- 100%, gdy Umową Ubezpieczenia objęty jest jeden Ubezpieczony w ramach jednej Umowy Kredytu,
- 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
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 Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego

- - r.
 Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość

Podpis drugiego Ubezpiezonego

¹ dotyczy, gdy Uposażonym Podstawowym jest Bank,

² dotyczy, gdy Uposażonym Podstawowym jest inna osoba

7. INFORMACJE ZEBRANE W TRAKCIE ANALIZY POTRZEB KLIENTA

1. Czy chciał(a)by Pan/i, aby w razie niezdolności do pracy z powodu nieszczęśliwego wypadku lub utraty życia, kredyt został spłacony i nie obciążał bliskich?
Odpowiedź: TAK
2. Czy posiada Pan/i prawo do renty stałej lub czasowej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego?
Odpowiedź: NIE
3. Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy zdiagnozowano u Pana/i, chorował/a Pan/i, był/a Pan/i leczony/a lub czy posiada Pan/i skierowanie, oczekuje na badania lub konsultacje lekarskie w związku z 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?**Odpowiedź: NIE**

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

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych o moim stanie zdrowia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz zawarcia i realizacji Umowy Ubezpieczenia.
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. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), iż Suma Ubezpieczenia jest zmienna, zgodnie z postanowieniami § 2 pkt 22) OWU i potwierdzam, że spełniam warunki do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową, określone w § 7 ust. 4 pkt 1-3 OWU niniejszego produktu
3. 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 Życie TU S.A.
4. Zostałem poinformowany przez agenta przy pierwszej czynności agencyjnej o poniższym:
 - a. PKO Bank Polski SA jest Agentem ubezpieczeniowym PKO Życie TU S.A.,
 - b. agent działa na rzecz PKO Życie TU S.A. (jest jego agentem wyłącznym),
 - c. agent posiada 100% akcji PKO Życie TU S.A.,
 - d. 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://rpu.knf.gov.pl/>,
 - e. W związku z proponowanym zawarciem Umowy Ubezpieczenia agent otrzymuje prowizję uwzględnioną w kwocie Składki Ubezpieczeniowej. W przypadku konkursów lub innych form premiowania sprzedaży produktów finansowanych przez Ubezpieczyciela Agent otrzyma także inny rodzaj wynagrodzenia, które może być wypłacone w formie nagród konkursowych,
 - f. o możliwości złożenia reklamacji, skargi, oraz pozasądowego rozstrzygnięcia sporów.
5. 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.
6. 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.
7. 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 zasięganie 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.
8. 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 10 ust. 2 poniżej w celu reasekuracji ryzyk wynikających z Umowy Ubezpieczenia.
9. 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.
10. 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.
11. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia konieczne jest zapewnienie w dniu podpisania Wniosko-Polisu na moim rachunku, prowadzonym w PKO BP SA, albo rachunku przeznaczonym do spłaty kredytu (w zależności od ustalonego w umowie kredytu sposobu spłaty kredytu), środków pieniężnych na finansowanie Składki Ubezpieczeniowej.
12. 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.
13. Wyrażam zgodę na udzielenie informacji w zakresie wskazanym w pkt 12 każdemu innemu ubezpieczycielowi.
14. 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

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

Strong 5/6

- - r.

Data (dd-mm-rrrr) Miejscowość Podpis drugiego Ubezpieczającego

11. POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA WNIOSKU

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