



Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zabezpieczenie Codziennych Płatności na Wypadek Zdarzeń Losowych dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, będących Klientami PKO Banku Polskiego S.A.

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zabezpieczenie Codziennych Płatności na Wypadek Zdarzeń Losowych dla osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą będących klientami PKO Banku Polskiego S.A. zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego na rzecz Klientów PKO Banku Polskiego S.A., zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy PKO Bank Polski S.A. zwanym dalej „Ubezpieczającym”, a Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwanym dalej „Ubezpieczycielem”.

§ 2 DEFINICJE

Terminom użytym w OWU oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 2) **Czasowa Niezdolność do Pracy** – stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie pracy zarobkowej, trwający z tej samej przyczyny nieprzerwanie co najmniej 60 dni, uprawniający do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, potwierdzony zaświadczeniami lekarskimi o czasowej niezdolności do pracy, wystawionymi zgodnie z przepisami o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy;
- 3) **Data zajścia zdarzenia:**
 - a) w przypadku **Czasowej Niezdolności do Pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - b) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu;
 - c) w przypadku **Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – dzień wskazany w orzeczeniu, lub w przypadku braku dnia w orzeczeniu, za dzień zajścia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania orzeczenia;
- 4) **Deklaracja przystąpienia** – pisemne lub złożone za pomocą środków porozumiewania się na odległość oświadczenie woli, w którym Posiadacz Rachunku wyraża swoją wolę przystąpienia do Ubezpieczenia i zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w OWU;
- 5) **Dzienny ryczałt za Pobyty w Szpitalu** – dzienne świadczenie wymienione w OWU wypłacane Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w Szpitalu;
- 6) **Dzień przystąpienia do Ubezpieczenia** – pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego przypadającego po złożeniu Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 7) **Miesiąc ochrony** – miesięczny okres ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczynający się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona Składka;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 9) **Okres ochrony** – czas, w którym Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową;
- 10) **Okres oczekiwania** – 60-dniowy okres którego bieg rozpoczyna się od dnia zaistnienia Czasowej Niezdolności Do Pracy;
- 11) **Opłaty eksploatacyjne** – należności, które uiszczane są przez Ubezpieczonego w związku z aktualnym miejscem zamieszkania, w tym prowadzenia działalności, jeśli miejsce zamieszkania jest jednocześnie miejscem prowadzenia działalności, jak również, jeśli Ubezpieczony prowadzi działalność w miejscu innym, niż miejsce zamieszkania, należności uiszczane łącznie dla głównego miejsca wykonywania działalności oraz miejsca zamieszkania, które to należności stanowią:
 - a) czynsz,
 - b) opłaty za energię elektryczną,
 - c) opłaty za gaz,
 - d) opłaty za centralne ogrzewanie,
 - e) opłaty za wodę i kanalizację,
 - f) opłaty na fundusz remontowy,
 - g) opłaty za wywóz śmieci,
 - h) opłaty za usługi ochroniarskie,
 - i) abonament radiowo-telewizyjny,
 - j) opłaty za stacjonarne usługi telekomunikacyjne,
 - k) minimalne wymagane prawem składki do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
- 12) **Organ rentowy** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS);
- 13) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika Organu rentowego, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą;
- 14) **Pobyty w Szpitalu** – trwający nieprzerwanie, co najmniej 3 dni, całonocowy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub doznanych obrażeń ciała będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 15) **Posiadacz Rachunku** – osoba, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę o usługi bankowe;



- 16) **Rachunek bieżący (zwany dalej: „Rachunek”)** – rachunek bankowy w rozumieniu przepisów Prawa Bankowego oraz Kodeksu Cywilnego, przeznaczony do przechowywania środków pieniężnych w złotych polskich oraz przeprowadzania rozliczeń pieniężnych, prowadzony na rzecz Posiadacza Rachunku na podstawie odpowiedniej Umowy o usługi bankowe między PKO Bank Polski S.A. i Posiadaczem Rachunku;
- 17) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
- 18) **Suma ubezpieczenia** – kwota będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wynikającą z Umowy Ubezpieczenia;
- 19) **Szpital** – działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny. W rozumieniu niniejszych warunków szpital nie oznacza: domów opieki, ośrodków lub oddziałów dla psychicznie chorych, ośrodków lub oddziałów leczenia nerwic i zaburzeń zachowania, domów opieki pielęgniarstwa, hospicjów onkologicznych, ośrodków lub oddziałów leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodków lub oddziałów rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych nawet, jeśli stanowią organizacyjną część szpitala;
- 20) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 21) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Ubezpieczyciela na podstawie Umowy Ubezpieczenia i na warunkach niniejszych OWU;
- 22) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, prowadząca działalność gospodarczą, będąca Posiadaczem Rachunku w PKO Bank Polski S.A., objęta ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia;
- 23) **Uprawniony** – osoba wskazana w OWU jako uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek zajścia Zdarzenia;
- 24) **Umowa o usługi bankowe** – umowa o prowadzenie Rachunku zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym;
- 25) **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na rzecz Klientów PKO Bank Polski S.A., na podstawie której świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 26) **Wariant ubezpieczenia (Wariant)** – jeden z trzech wariantów Sumy ubezpieczenia wybierany przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do Ubezpieczenia;
- 27) **Zdarzenie** – jedno ze zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia zgodnie z § 3 ust. 2 niniejszych OWU, które miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskania o wypłatę świadczenia.

§ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) Czasowa Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego,
 - 2) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu,
 - 3) Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia polega na:
 - 1) wypłacie Uprawnionemu świadczenia miesięcznego, o którym mowa w § 6 w przypadku Czasowej Niezdolności Do Pracy,
 - 2) wypłacie Uprawnionemu świadczenia, o którym mowa w § 7 za każdy dzień Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w przypadku, gdy pobyt spowodowany był Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 3) wypłacie Uprawnionemu świadczenia, o którym mowa w § 5 przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o usługi bankowe,
 - 2) złożyła Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - 3) w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia,
 - 4) w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia uzyskiwała dochody z prowadzenia własnej działalności gospodarczej,
 - 5) nie jest objęta Ubezpieczeniem w ramach Umowy Ubezpieczenia, na podstawie wcześniej złożonej zgody w tym zakresie.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej, w przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1 powyżej, Ubezpieczony przystępuje do Ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożył Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony jest objęty Ubezpieczeniem, pod warunkiem, że za Ubezpieczonego została opłacona przez Ubezpieczającego Składka, za okres od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony wyraził zgodę na przystąpienie do Ubezpieczenia, na zasadach opisanych w Umowie ubezpieczenia oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony został zgłoszony Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia, w celu objęcia go ochroną ubezpieczeniową.
4. Ubezpieczony może być w tym samym miesiącu ochrony objęty jedynie raz ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 4, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego oświadczenie woli w tym zakresie w formie pisemnej lub telefonicznie, dzwoniąc pod wyznaczony numer telefonu 801302302 lub (+48) 81 535 65 65.
7. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego w terminie 30 dni kalendarzowych liczonych od dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się względem danego Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu pod warunkiem, że nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia.
8. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy o Rachunek, uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się względem danego Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu.
9. W trakcie trwania ochrony nie można dokonać zmiany Wariantu ubezpieczenia.



§ 5

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zgodnie z wyborem Wariantu ubezpieczenia dokonany przez Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy rozpoczyna się w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zobowiązanie Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego wynikające z Umowy o usługi bankowe. W przypadku, gdy świadczenie przewyższy wysokość kwoty zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
4. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii orzeczenia lekarza orzecznika Organu rentowego o niezdolności do pracy,
 - 3) kopii dokumentów określających datę i okoliczności wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) kopii dokumentów umożliwiających ustalenie przyczyny powstania niezdolności do pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
 - 5) kopii dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela.
5. W całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje prawo do jednego świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności Do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 6

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

1. Z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w maksymalnej wysokości Oplat eksploatacyjnych, których termin płatności przypada w okresie, za który to świadczenie miesięczne jest należne, ale nie więcej niż w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, określonej w załączniku do OWU, zgodnie z Wariantem wybranym przez Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia przystąpienia ubezpieczonego do Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zobowiązanie Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego wynikające z Umowy o usługi bankowe. W przypadku, gdy świadczenie przewyższy wysokość kwoty zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
4. Pierwsze świadczenie w wysokości świadczenia miesięcznego przysługuje po upływie Okresu oczekiwania, pod warunkiem posiadania prawa do pobierania zasiłku chorobowego w ostatnim dniu tego okresu.
5. Każde kolejne świadczenie miesięczne wypłacane jest po upływie pełnego 30-dniowego okresu nieprzerwanej Czasowej Niezdolności Do Pracy pod warunkiem posiadania prawa do pobierania zasiłku chorobowego w ostatnim dniu tego okresu.
6. Z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego może być wypłacone maksymalnie 6 miesięcznych świadczeń, o których mowa w ust. 1 w ciągu 12 kolejnych miesięcy trwania Ubezpieczenia.
7. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pisemnego wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopii rachunków lub innych dokumentów potwierdzających wysokość i termin płatności Oplat eksploatacyjnych, których termin płatności przypada w okresie, za który świadczenie jest należne,
 - 3) kopii dokumentu umożliwiającego ustalenie okoliczności oraz przyczyny powstania Czasowej Niezdolności do Pracy (np. dokumentacja medyczna, dokumentacja z policji i/lub prokuratury),
 - 4) kopii dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela,
 - 5) kopia zaświadczenia lekarskiego o Czasowej Niezdolności do Pracy (druk ZUS ZLA),
 - 6) kopia zaświadczenia potwierdzającego uprawnienia do pobierania zasiłku chorobowego.
8. Po upływie każdego 30-dniowego okresu, o którym mowa w ust. 5, przed każdorazową wypłatą kolejnych świadczeń miesięcznych, Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi kopię zaświadczeń lekarskich zawierających wskazanie okresu oraz powodu Czasowej Niezdolności do Pracy chyba, że wcześniej dostarczone zaświadczenia obejmowały również bieżący okres, oraz kopię dokumentu potwierdzającego prawo do pobierania zasiłku chorobowego w ostatnim dniu tego okresu.

§ 7

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

1. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Dzienny ryczałt za Pobyt w Szpitalu w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu określonej w załączniku do OWU, zgodnie z Wariantem wybranym przez Ubezpieczonego.
2. Świadczenie przysługuje za okres do 30 dni Pobytu w Szpitalu w ciągu 12 kolejnych miesięcy trwania Ubezpieczenia.
3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest Ubezpieczający, z zastrzeżeniem, iż uprawnienie to ograniczone jest do kwoty stanowiącej zobowiązanie Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego wynikające z Umowy o usługi bankowe. W przypadku, gdy świadczenie przewyższy wysokość kwoty zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, różnica wypłacana jest przez Ubezpieczyciela bezpośrednio Ubezpieczonemu. Uprawnionym do otrzymania tej części świadczenia jest Ubezpieczony.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia – jeżeli przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest Nieszczęśliwy wypadek,



- 2) po upływie 30 dni od dnia przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia – jeżeli przyczyną Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu jest Choroba.
5. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) pismnego wniosku o wypłatę świadczenia dokumentacji medycznej stwierdzającej Pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - 2) dokumentu potwierdzającego okoliczności i datę wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa),
 - 3) kopii dokumentacji medycznej związanej z leczeniem, wskazanej przez Ubezpieczyciela.

§ 8

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU WYSTĄPIENIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni od daty otrzymania pismnego zawiadomienia o Zdarzeniu objętym odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, w sposób wskazany w niniejszych OWU.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 1.
3. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje, Ubezpieczyciel powiadamia pisemnie osoby uprawnione do świadczenia o odmowie przyznania świadczenia ubezpieczeniowego, wskazując w uzasadnieniu podstawę faktyczną i prawną odmowy, w terminach określonych w poprzednich ustępach. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
4. W przypadku Czasowej Niezdolności Do Pracy Ubezpieczonego lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, przed specjalnie powołaną przez Ubezpieczyciela komisją lekarską.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia, jeżeli komisja lekarska, o której mowa w ust. 4, nie potwierdzi zasadności roszczenia z tytułu Czasowej Niezdolności Do Pracy Ubezpieczonego lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Koszt badań, o których mowa w ust. 4 ponosi Ubezpieczyciel.
7. Świadczenia wypłacane są na Rachunek Ubezpieczonego.

§ 9

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, jeżeli pobyt nastąpił w wyniku:
 - 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych przed dniem przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - 4) próby samobójstwa,
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 6) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 7) działania lub zaniechania Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu.
2. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych przed dniem przystąpienia Ubezpieczonego do Ubezpieczenia,
 - 2) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 4) próby samobójstwa,
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 6) działania lub zaniechania Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 7) chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych,
 - 8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 9) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 10) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 11) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych.
3. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:
 - 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,



- 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 3) próby samobójstwa,
- 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 5) działania lub zaniechania Ubezpieczonego będącego w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
- 6) chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych,
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
- 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
- 9) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 10) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

§ 10

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel lub Ubezpieczający zapytał przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Jeżeli Ubezpieczony podał do wiadomości Ubezpieczyciela lub Ubezpieczającego niezgodne z prawdą okoliczności, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba, że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia objętego Umową Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający jest obowiązany do terminowego opłacania Składki ubezpieczeniowej określonej w Umowie Ubezpieczenia.

§ 11

WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego – w dniu zgonu,
 - 2) rozwiązania Umowy Ubezpieczenia - z dniem rozwiązania,
 - 3) rozwiązania Umowy o usługi bankowe - z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka,
 - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z Ubezpieczenia - z końcem Miesiąca ochrony, za który została opłacona ostatnia Składka, po wcześniejszym zgłoszeniu przez Ubezpieczonego Ubezpieczycielowi rezygnacji z Ubezpieczenia,
 - 5) powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Niezłśliwego Wypadku – w dniu wypłaty świadczenia,
 - 6) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia – z ostatnim dniem Miesiąca ochrony, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,
 - 7) nie przekazania Składki za danego Ubezpieczonego za kolejny Miesiąc ochrony - z bezskutecznym upływem dodatkowego 7- dniowego terminu do zapłaty składki, wyznaczonego przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu w wezwaniu do zapłaty Składki.

§ 12

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wnioski o wypłatę świadczenia, rezygnację (z wyłączeniem telefonicznych zgłoszeń), adresowane do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego powinny być przekazywane w formie pisemnej do Banku.
2. Wszelkie informacje odnośnie ubezpieczenia Ubezpieczony może uzyskać pod numerem telefonu 22 529 17 65.
3. Reklamacje, skargi lub zażalenia mogą być składane Ubezpieczycielowi pisemnie lub osobiście pod adresem siedziby Ubezpieczyciela (pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa), telefonicznie (nr telefonu: 22 529 17 65).
4. Korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
5. Ubezpieczyciel udziela pisemnej odpowiedzi na reklamację, skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
6. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażeń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
7. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Dyrekcji Ubezpieczyciela na adres wskazany w ust. 3.
8. Od ostatecznego rozstrzygnięcia złożonej skargi lub zażenia, o której mowa w ust. 7 niniejszego paragrafu, Ubezpieczonemu przysługuje odwołanie do Rzecznika Ubezpieczonych.
9. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
10. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
11. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w dniu 05 października 2012 roku i wchodzi w życie z dniem 05 października 2012 roku wraz z późniejszymi zmianami.

Dyrektor Oddziału

Jan Emeryk Rościszewski

Zastępca Dyrektora Oddziału

Leszek Skop



Załącznik do OWU
Tabela sum ubezpieczenia do Grupowego Ubezpieczenia
Zabezpieczenie Codziennych Płatności na Wypadek Zdarzeń Losowych
dla Klientów PKO Banku Polskiego S.A.

Zakres ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia		
	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
Czasowa Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego – świadczenie miesięczne	1000 zł	1500 zł	2000 zł
Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu – świadczenie dzienne	100 zł	150 zł	200 zł
Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku – świadczenie jednorazowe	1000 zł	1500zł	2000 zł