

WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „MOJE ŻYCIE24”



RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń ubezpieczenia.	§ 3 ust 3 - 6 § 9 - 12
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 2 ust 4 i 8, 12, 15 i 17 § 6

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia, zwanych dalej WU, PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwana dalej Ubezpieczycielem, zawiera z Ubezpieczającym umowę ubezpieczenia na życie „Moje Życie24”, zwaną dalej Umową Ubezpieczenia, obejmującą według wyboru oprócz ryzyka zgonu dodatkowe ryzyka.

§ 2. DEFINICJE

Terminy użyte w WU oznaczają:

1. **Dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego**, w przypadku ryzyka:
 - 1) zgonu - dzień zgonu wskazany w akcie zgonu;
 - 2) Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku - dzień wydania orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy przez organ uprawniony do orzekania w sprawie oceny zdolności do pracy albo dzień wydania opinii przez Lekarza Zaufania;
 - 3) Poważnego Zachorowania:
 - a) dla Udaru Mózgu i Zawału Serca - dzień postawienia diagnozy, wskazany w dokumentacji medycznej przez Lekarza Specjalistę;
 - b) dla transplantacji głównych narządów - dzień wykonania operacji przeszczepienia;
2. **Lekarz Specjalista** - lekarz, który posiada ważny dokument o uzyskaniu tytułu specjalisty;
3. **Lekarz Zaufania** - wskazana przez Ubezpieczyciela osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza;
4. **Nieszczęśliwy Wypadek** - zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności zdarzenie nagłe, wywołane działającą nagle i niezależnie od woli oraz stanu zdrowia Ubezpieczonego, przyczyną zewnętrzną z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów);
5. **Okres Odpowiedzialności** - okres, w którym Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność na wypadek zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych;
6. **Okres Opóźnienia** - okres kolejnych 27 dni, rozpoczynający się w dniu następującym po dniu wymagalności składki ubezpieczeniowej, jeżeli Składka Ubezpieczeniowa nie została zapłacona do dnia wymagalności;
7. **Polisa** - dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia i jej warunki;
8. **Poważne Zachorowanie** - zajście jednego z poniższych zdarzeń, które zostało orzeczone przez Lekarza Specjalistę odpowiedniej dziedziny: transplantacja głównych narządów - operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przebył chory w charakterze biorcy, Udar Mózgu albo Zawał Serca;
9. **Składka Ubezpieczeniowa** - kwota, którą opłaca Ubezpieczający w wysokości i terminach określonych w Umowie Ubezpieczenia;
10. **Suma Ubezpieczenia** - górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wskazana w Polisie;
11. **Świadczenie** - kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia;
12. **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** - całkowita niezdolność do pracy orzeczona na okres nie krótszy niż 12 miesięcy (przy czym orzeczenia na okresy krótsze niż 12 miesięcy nie podlegają sumowaniu), przez uprawniony organ do orzekania w sprawie oceny zdolności do pracy, która zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy albo znaczny stopień niepełnosprawności orzeczony przez uprawniony organ orzekający w sprawie stosowania systemu rehabilitacji zawodowej i społecznej, który zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy - orzeczona w oparciu o ustawy i przepisy wykonawcze wydane na ich podstawie obowiązujące w dniu wydania tego orzeczenia albo w oparciu o opinie Lekarza Zaufania w przypadku gdy brak jest podstaw dla wydania orzeczenia przez organ uprawniony do orzekania w sprawie oceny zdolności do pracy;
13. **Ubezpieczający** - strona Umowy Ubezpieczenia, zobowiązana do zapłacenia Składki Ubezpieczeniowej; Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym;
14. **Ubezpieczony** - wskazana w Polisie osoba fizyczna, która jest objęta ochroną ubezpieczeniową;
15. **Udar Mózgu z długotrwałym ubytkiem neurologicznym, zwany dalej Udarem Mózgu** - nagłe zaburzenia w krążeniu mózgowym, polegające na niedokrwieniu mózgu, wylewie krwi do mózgu lub zatorze z materiału pochodzenia pozaczaszkowego, powodujące następstwa neurologiczne trwające ponad 3 miesiące. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza Specjalistę na podstawie objawów neurologicznych i zmian w badaniu tomograficznym mózgu lub w rezonansie mózgu. Wyklucza się objawy mózgowie związane z tzw. przemijającym niedokrwieniem mózgu, z migreną, uszkodzenia mózgu w wyniku urazu. Wyklucza się także schorzenia naczyniowe prowadzące do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także choroby niedokrwienne układu przedsionkowego oraz mikroudary tkanki mózgowej, które nie pozostawiły ubytków neurologicznych;
16. **Uposażony** - wskazana przez Ubezpieczonego osoba fizyczna, osoba prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, uprawniona, zgodnie z Umową Ubezpieczenia, do otrzymania świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego;
17. **Zawał Serca z uniesieniem odcinka ST, zwany dalej Zawałem Serca** - martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru. Jako kryteria rozpoznawcze zawału serca z uniesieniem odcinka ST przyjmuje się wystąpienie wszystkich z wymienionych niżej objawów:
 - typowe objawy bólu w klatce piersiowej lub ich odpowiedniki,
 - pojawienie się nowych zmian w EKG - uniesienie odcinka ST (typowe dla zawału serca z uniesieniem odcinka ST),
 - podwyższony poziom we krwi enzymów wskaźnikowych zawału serca z Uniesieniem odcinka ST np.: CK(MB), CPK, mioglobina, troponiny;
 wyklucza się:

- zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI),
 - inne ostre zespoły wieńcowe (np. niestabilna choroba wieńcowa),
 - bezobjawowe zawały serca;
18. **Zdarzenia Ubezpieczeniowe** – jedno ze zdarzeń określonych w § 3 ust 3, które wystąpiło w Okresie Odpowiedzialności.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenia Ubezpieczeniowe, które zaszły w Okresie Odpowiedzialności.
3. Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia ma prawo wybrać zakres ubezpieczenia spośród pakietów ryzyk:
 - 1) **Pakiet 1:** zgon i zgon w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 2) **Pakiet 2:** Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy i Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 3) **Pakiet 3:** Poważne Zachorowanie.- transplantacja głównych narządów - operacja przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego, którą przeżył chory w charakterze biorcy, Udar Mózgu albo Zawał Serca.
4. Ubezpieczający może wybrać jeden z powyższych Pakietów lub wszystkie, z tym zastrzeżeniem, iż zawsze zakres ubezpieczenia musi obejmować Pakiet 1. Pakiety nie podlegają zmianie w trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia wybiera wysokość Sumy Ubezpieczenia i wysokość świadczeń w ramach danego pakietu.
6. W przypadku wyboru wyłącznie Pakietu 1, Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia na Sumę Ubezpieczenia 10.000, 20.000 lub 30.000 złotych.

§ 4. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Okres Odpowiedzialności rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem zapłaty przez Ubezpieczającego pierwszej składki.
2. W trakcie trwania Umowy Ubezpieczenia stosuje się okres karencji, w czasie którego wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu zgonu – w okresie 30 dni liczonych od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia (nie dotyczy przypadków zgonu którego, przyczyną był Nieszczęśliwy Wypadek);
 - 2) Poważnego Zachorowania oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy – w okresie 90 dni liczonych od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia (nie dotyczy przypadków Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku).

§ 5. ZAKOŃCZENIE OKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Okres odpowiedzialności wobec Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa Ubezpieczenia,
 - 2) w dniu zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia;
 - 4) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.
2. Okres odpowiedzialności wobec Ubezpieczonego z tytułu:
 - 1) Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, kończy się również z chwilą wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy;
 - 2) Poważnego Zachorowania kończy się z dniem wystąpienia trzeciego Poważnego Zachorowania w okresie ubezpieczenia.

§ 6. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

ZGON UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu w przypadku, gdy zgon Ubezpieczonego nastąpił w wyniku:
 - 1) wojny, działań zbrojnych, stanu wojennego, działania energii jądrowej;
 - 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub w aktach terroryzmu bądź innych aktach przemocy; przez akt terroryzmu rozumie się użycie przemocy dla osiągnięcia celów politycznych, światopoglądowych, religijnych, rasowych lub społecznych, skierowanej przeciw społeczeństwu lub grupie społecznej;
 - 3) próby samobójczej Ubezpieczonego w okresie pierwszych 24 miesięcy od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
 - 4) usiłowania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego.

ZGON W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY, TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, POWAŻNE ZACHOROWANIE

2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,

Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy albo Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku albo Poważne Zachorowanie nastąpiły w wyniku:

- 1) zdarzeń wymienionych w ust. 1;
- 2) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu (stan po spożyciu alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ wzwyż albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dcm³ wzwyż), zażycia środków odurzających (w tym leków) lub środków psychotropowych, narkotyków, wyjącając przypadki, gdy Ubezpieczony przyjmował te środki w ramach zaleconej przez lekarza terapii medycznej;
- 3) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli nie posiadał on ważnych uprawnień wymaganych przez prawo o ruchu drogowym albo jeżeli Ubezpieczony kierował tym pojazdem pozostając pod wpływem substancji, o których mowa w pkt 2);
- 4) leczenia lub innych zabiegów o charakterze medycznym, którym dobrowolnie poddał się Ubezpieczony, prowadzonych poza kontrolą osób posiadających właściwe uprawnienia;
- 5) uprawiania przez Ubezpieczonego narciarstwa zjazdowego, snowboardingu lub saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, jazdy bobslejem, kolarstwa ekstremalnego, zawodowego biegania, sportów walki, wspinaczki górskiej lub skałkowej, speleologii, skoków bungee, zorbingu, wyścigów samochodowych i motocyklowych (także amatorskich), rajdów lub akrobacji motorowych lub motorowodnych, wyścigów konnych, górskich splayów wodnych, nurkowania (z wyjątkiem amatorskiego nurkowania do 10 m głębokości), skoków do wody, żeglarstwa morskiego lub oceanicznego, paralotniarstwa, szybownictwa, baloniarstwa, lotniarstwa, motolotniarstwa, spadochroniarstwa, myślistwa oraz wypraw na bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagających użycia sprzętu asekuracyjnego wyczynowego uprawiania sportów drużynowych;
- 6) wypadku lotniczego, za wyjątkiem przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem bądź członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych uprawnionych do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów, bagażu, towarów lub poczty, stosownie do wymogów państwa siedziby linii lotniczych.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 dni od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy jeśli pozostawała w bezpośrednim związku z: wypadkiem, który miał miejsce w okresie 12 miesięcy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub chorobą zdiagnozowaną przez Lekarza Specjalistę w okresie 12 miesięcy przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia

§ 7. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego.
2. Wniosek o ubezpieczenie może zostać złożony przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość.
3. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest w dniu złożenia wniosku przez Ubezpieczającego o ile Ubezpieczony spełnia warunki dotyczące stanu zdrowia określone we wniosku ubezpieczeniowym.
4. Potwierdzeniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest Polisa.
5. Składka Ubezpieczeniowa powinna być opłacona w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia
6. Ubezpieczający, zobowiązany jest do udzielenia, zgodnie z prawdą, odpowiedzi na pytania związane z zawarciem Umowy Ubezpieczenia skierowane przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem zdania pierwszego nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązków, o których mowa w zdaniu pierwszym doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Ubezpieczyciela. W przypadku, jeśli do zdarzenia dojdzie po upływie trzech lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie może podnosić zarzutu, że przy zawieraniu Umowy Ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
7. Umowę Ubezpieczenia ma prawo zawrzeć Ubezpieczający, który ukończył 18 rok życia i jednocześnie nie ukończył 57 roku życia.
8. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na okres 3 lat, z zastrzeżeniem ust. 7.
9. Umowa Ubezpieczenia przedłuża się na kolejne okres 3 letni pod warunkiem że:

- 1) żadna ze stron Umowy Ubezpieczenia, w terminie nie późniejszym niż 30 dni przed zakończeniem obowiązywania Umowy Ubezpieczenia, nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) Ubezpieczony nie ukończył 57 roku życia.
10. Ubezpieczający może zawrzeć więcej niż jedną Umowę Ubezpieczenia, jednakże łączna Suma Ubezpieczenia z danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego nie może przekraczać najwyższej Sumy Ubezpieczenia dla danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

§ 8. SKŁADKI UBEZPIECZENIOWE

1. Składka Ubezpieczeniowa płatna jest przez Ubezpieczającego miesięcznie z góry. Składki Ubezpieczeniowe płatne są do dnia odpowiadającego w danym miesiącu dniowi początku Okresu Odpowiedzialności, a jeśli w danym miesiącu nie ma tego dnia – Składka płatna jest ostatniego dnia miesiąca.
2. Wysokość Składki Ubezpieczeniowej uzależniona jest od wysokości Sumy Ubezpieczenia i od zakresu Umowy Ubezpieczenia wybranego przez Ubezpieczającego. Szczegółowa wysokość składek za każde ryzyko zawarta jest w Tabeli nr 1.
3. W przypadku wygaśnięcia ryzyka z tytułu Poważnego Zachorowania lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, kolejne Składki Ubezpieczeniowe są pomniejszane o koszt danego ryzyka.

Tabela nr 1

Zdarzenie Ubezpieczeniowe		Wysokość Składki Ubezpieczeniowej w zł w zależności od wybranego wariantu Sumy Ubezpieczenia – Składka Ubezpieczeniowa za jeden miesiąc ochrony			
		1 000	10 000	20 000	30 000
Suma Ubezpieczenia		1,50	6,50	11,00	16,00
Pakiet 1	Zgon	1,50	6,50	11,00	16,00
	Zgon Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku	0,50	0,50	1,00	1,00
Pakiet 2	Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy	-	3,50	5,00	8,00
	Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku	-	0,50	1,00	1,00
Pakiet 3	Poważne Zachorowanie	-	4,00	7,00	10,00

§ 9. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2, ustalenie okoliczności koniecznych do określenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazałoby się niemożliwe, Świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 2 Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinna zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń z Umowy Ubezpieczenia w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część Świadczenia.

5. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel powinien poinformować o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 10. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU

1. Wysokość Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest wskazywane przez Ubezpieczającego w Polisie i wynosi w zależności od wyboru wariantu Sumy Ubezpieczenia odpowiednio:
 - 1) 1.000 złotych
 - 2) 10.000 złotych
 - 3) 20.000 złotych
 - 4) 30.000 złotych.
2. W przypadku zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, niezależnie od wypłaty Świadczenia z tytułu zgonu, wypłacane jest dodatkowe świadczenie w wysokości świadczenia z tytułu zgonu.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Uposażonemu.
4. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne w przypadku, gdy którykolwiek z nich zmarł przed Ubezpieczonym.
5. W przypadku, gdy nie ma Uposażonego, świadczenie wypłacane jest następującym osobom:
 - 1) małżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) dzieciom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 3) rodzicom Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 4) rodzeństwu Ubezpieczonego – w częściach równych;
 - 5) pozostałym osobom będącym spadkobiercami ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5 powyżej, świadczenie może być wypłacone kolejnej osobie wyłączenie, gdy żadna z osób wskazanych w poprzedzających punktach, nie żyła dłużej niż Ubezpieczony lub zgodnie z postanowieniem ust. 7 nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia.
7. Świadczenie nie może być wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.
8. W celu rozpatrzenia roszczenia osoba uprawniona składa u Ubezpieczyciela wnioski o wypłatę świadczenia wraz z dokumentami niezbędnymi do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
9. W celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego należy złożyć:
 - 1) akt zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) kartę zgonu lub inną dokumentację medyczną zawierającą przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) w odniesieniu do osób, o których mowa w ust. 5 aktualny akt małżeństwa (pkt 1) lub dokument potwierdzający pokrewieństwo (pkt 2-4) lub dokument potwierdzający nabycie prawa do świadczenia zgodnie z prawem spadkowym (pkt 5);
 - 4) w przypadku zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (kopię protokołu policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informację zawierającą numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie, o ile osoba zgłaszająca roszczenie posiada taką informację.

§ 11. ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. W razie zajścia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego zakresem ubezpieczenia, odpowiednio:
 - 1) 10.000 złotych
 - 2) 20.000 złotych
 - 3) 30.000 złotych.
2. W przypadku Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, niezależnie od wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, wypłacane jest dodatkowe świadczenie w wysokości świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy.
3. Świadczenie z tytułu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy jest świadczeniem jednorazowym. Wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Umowy Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy oraz Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
4. W przypadku wystąpienia Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy

w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest dokonać zgłoszenia oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi:

- 1) orzeczenie organu uprawnionego do orzekania o całkowitej niezdolności do pracy,
- 2) dokumentację medyczną z placówek medycznych, pod których opieką Ubezpieczony pozostawał w związku z chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem,
- 3) w przypadku gdy Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy powstała wskutek Nieszczęśliwego Wypadku dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (kopię protokołu policji lub prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informację zawierającą numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie, o ile osoba zgłaszająca roszczenie posiada taką informację.

§ 12 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. W razie zajścia Poważnego Zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego zakresem ubezpieczenia, odpowiednio:
 - 1) 10.000 złotych
 - 2) 20.000 złotych
 - 3) 30.000 złotych.
2. W czasie Okresu Odpowiedzialności może być wypłacone tylko jedno Świadczenie z tytułu jednego rodzaju Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Poważnego Zachorowania wygasa z dniem wystąpienia trzeciego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku wystąpienia Poważnego Zachorowania Ubezpieczony zobowiązany jest dokonać zgłoszenia roszczenia oraz dostarczyć Ubezpieczycielowi:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą Poważne Zachorowanie wraz z opinią Lekarza Specjalisty.

§ 13. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od 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 przy zawarciu umów na odległość.
2. W terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu opłacone Składki Ubezpieczeniowe, pomniejszone o część Składki Ubezpieczeniowej za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu gdy:
 - 1) Ubezpieczający wypowiedział Umowę Ubezpieczenia – Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia miesiąca za który została opłacona Składka ubezpieczeniowa i w którym wypowiedzenie zostało złożone;
 - 2) w Okresie Opóźnienia nie zostanie opłacona Składka Ubezpieczeniowa mimo wezwania Ubezpieczającego do zapłaty – Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu po upływie 7 dniowego terminu wyznaczonego w wezwaniu;
 - 3) jedna ze Stron Umowy Ubezpieczenia złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia, o którym mowa w § 7 ust 10 WU. W takiej sytuacji Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem okresu jej obowiązywania.
4. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 lat.

§ 14. SKARGI I REKLAMACJE

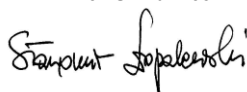
1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z Umowy Ubezpieczenia mogą złożyć reklamację (w rozumieniu przepisów o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym) dotyczącą usług świadczonych.
2. Reklamacje można składać w każdej jednostce Ubezpieczyciela:
 - 1) w formie pisemnej - osobiście albo przesyłką pocztową w rozumieniu przepisów dotyczących Prawa pocztowego,
 - 2) ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Ubezpieczyciela,
 - 3) w formie elektronicznej - za pośrednictwem formularza kontaktowego zamieszczonego na stronie internetowej: www.pkoubezpieczenia.pl.
3. Odpowiedź na reklamację powinna zostać wysłana przez Ubezpieczyciela nie później niż 30 dni od dnia jej otrzymania.

4. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia reklamacji okazałoby się niemożliwe, Ubezpieczyciel powiadomi składającego reklamację wyjaśniając przyczynę opóźnienia i wskazując okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpatrzenia sprawy oraz określając przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, nie późniejszy niż 60 dni, od dnia otrzymania reklamacji.
5. Składający reklamację zostanie powiadomiony o rozpatrzeniu reklamacji w formie wybranej przez siebie poprzez jej określenie w treści reklamacji lub wskazanie numeru telefonu, adresu e-mail lub adresu korespondencyjnego, na który ma zostać przesłane powiadomienie o rozpatrzeniu reklamacji.
6. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, natomiast za pośrednictwem poczty elektronicznej - wyłącznie na wniosek składającego reklamację.
7. Skargi lub zażalenia nie będące reklamacjami w rozumieniu ust. 1 Ubezpieczyciel rozpatruje w terminie 30 dni od ich otrzymania.
8. Jeżeli w terminie określonym w ust. 7 ustalenie okoliczności koniecznych do rozpatrzenia okazałoby się niemożliwe, Ubezpieczyciel powiadomi skarżącego o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu wskazując okoliczności, które jeszcze powinny zostać ustalone oraz przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie, jednak, nie późniejszy niż 60 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
9. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania reklamacji publikowane są na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl.
11. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, wyzerpał drogę postępowania reklamacyjnego przed Ubezpieczycielem, może złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego (<https://rf.gov.pl/>) o pozasądowe rozwiązanie sporu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
12. W przypadku Umowy Ubezpieczenia zawieranej za pośrednictwem Internetu, konsument ma prawo skorzystać z pozasądowego sposobu rozstrzygania sporów i złożyć swoją skargę za pośrednictwem unijnej platformy internetowej ODR, dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

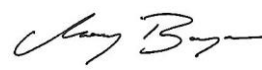
§ 15. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawo Rzeczypospolitej Polskiej stanowi podstawę dla stosunków pomiędzy Ubezpieczającym, a agentem i Ubezpieczycielem przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia oraz do realizacji praw wynikających z Umowy Ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczycielem, a uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia.
2. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
3. Korespondencja związana z Umową Ubezpieczenia wysyłana jest pod ostatni znany adres adresata. Strony Umów Ubezpieczenia zobowiązane są do niezwłocznego informowania o zmianie swoich danych adresowych.
4. Ubezpieczyciel, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy danych, które przetwarza w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia.
5. Na dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, roszczenia uprawnionych objęte są ustawowymi gwarancjami wypłat z Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego w wysokości 50% wierzytelności, nie większej jednak, niż równowartość w złotych kwoty 30.000 euro przeliczonej według średniego kursu ogłoszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej (o ile wystąpiły te zdarzenia).
6. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., jest dostępne na stronie internetowej www.pkoubezpieczenia.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
7. Świadczenia podlegają przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.
8. Warunki Ubezpieczenia na życie „Moje Życie24” zostały zatwierdzone w dniu 3 stycznia 2017 r. i wchodzi w życie z dniem 3 stycznia 2017 r.

W imieniu i na rzecz PKO Życie Towarzystwo Ubezpieczenia S.A.:



Prezes Zarządu
Sławomir Łopalewski



Członek Zarządu
Maciej Berger