



WARUNKI UBEZPIECZENIA MAJĄTKOWEGO „Hipoteka+”

Niniejsze Warunki ubezpieczenia Majątkowego stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia Majątkowego nr U1001/2011 z dnia 20.06.2011 roku, zawartej pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A., na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. świadczy Ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców.



W celu lepszego zrozumienia poniższego tekstu prawnego wprowadziliśmy komentarze prezentowane w takich jak ta ramkach. Będziemy w nich posługiwać się formą komunikacji bezpośredniej, zwracając się do Ciebie – czyli Ubezpieczonego. Zamiast używać zwrotu Ubezpieczyciel będziemy posługiwać się zwrotem „my”. Pamiętaj, że komentarze są tylko dodatkowym wyjaśnieniem, nie stanowią i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ilekoć w Warunkach ubezpieczenia Majątkowego, Umowie ubezpieczenia Majątkowego, dokumentach związanych z obejmowaniem Ochroną ubezpieczeniową, potwierdzających objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z Ochroną ubezpieczeniową, świadczoną na podstawie Warunków ubezpieczenia Majątkowego, używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:



Pamiętaj! Poproś doradcę bankowego o wydanie Warunków ubezpieczenia Majątkowego, zapoznaj się z nimi przed podpisaniem Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości – pytaj doradcę.

- 1) **Aktywność zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, w szczególności wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, umowy o świadczenie usług, doradztwa, stosunku członkostwa w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, działalności gospodarczej, w tym prowadzonej wraz z innymi osobami, działalności wytwórczej w rolnictwie; za Aktywność zarobkową nie jest uważana sprzedaż rzeczy stanowiących osobisty majątek oraz praca twórcza Ubezpieczonego, chyba że stanowi ona zwykły sposób zarobkowania;
- 2) **Bezrobotny** – osoba zarejestrowana jako bezrobotna w polskim właściwym powiatowym urzędzie pracy, której przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych, zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6; przyjmuje się, że dniem uzyskania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego jest pierwszy dzień okresu, za który Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla bezrobotnych, wskazany w decyzji polskiego właściwego powiatowego urzędu pracy;
- 3) **Certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową;
- 4) **Czasowa niezdolność do pracy** – zdarzenie polegające na powstaniu i utrzymywaniu się przez okres minimum 30 dni Niezdolności do pracy Ubezpieczonego w okresie Ochrony ubezpieczeniowej i podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu;
- 5) **Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – dokument zawierający oświadczenia Kredytobiorcy dotyczące przystąpienia do niniejszego ubezpieczenia;



Deklaracja to dokument, który zawiera między innymi Twoją zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia Hipoteka+. Jako potwierdzenie objęcia Ciebie Ochroną ubezpieczeniową otrzymasz inny dokument – Certyfikat.

- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) w przypadku Czasowej Niezdolności do pracy – dzień powstania czasowej Niezdolności do pracy wskazany we właściwej decyzji organu rentowego lub w zwolnieniach lekarskich lub w innej dokumentacji medycznej, potwierdzających brak zdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego. W przypadku gdy dokument, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie wskazuje dnia powstania Czasowej Niezdolności do pracy, za dzień zajścia Niezdolności do pracy przyjmuje się dzień wydania dokumentu potwierdzającego brak zdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej;
 - b) w przypadku Utraty pracy:
 - dzień rozwiązania umowy o pracę – w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28) lit. a),
 - dzień wykreślenia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (bądź odpowiednio – wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej) – w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28) lit. b),
 - dzień wydania postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub dzień wydania postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszeniu upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28) lit. c),
 - dzień wygaśnięcia mandatu posła lub senatora – w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28) lit. d);
- 7) **Kredyt hipoteczny** – kredyt na cele mieszkaniowe lub pożyczka hipoteczna, udzielone na podstawie Umowy kredytu;
- 8) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, której Ubezpieczający na podstawie Umowy kredytu udzielił Kredytu hipotecznego; przez Kredytobiorcę rozumie się także współkredytobiorcę;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie powstałe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał w okresie Ochrony ubezpieczeniowej uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł; Nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;
- 10) **Niezdolność do pracy** – brak zdolności do wykonywania pracy zarobkowej przez Ubezpieczonego, powstały i utrzymujący się w okresie Ochrony ubezpieczeniowej i w okresie podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu, będący skutkiem naruszenia czynności organizmu wskutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku zaistniałych w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, potwierdzony, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa polskiego, właściwą decyzją organu rentowego lub zwolnieniami lekarskimi, wystawionymi przez lekarza niebędącego Osobą bliską względem Ubezpieczonego lub inną dokumentacją medyczną; nie uważa się za niezdolnego do pracy Ubezpieczonego, który wykazuje jakąkolwiek Aktywność zarobkową;
- 11) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia Majątkowego, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 12) **Osoby bliskie względem Ubezpieczonego** – małżonek Ubezpieczonego, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w konkubinacie, dzieci, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo Ubezpieczonego, małżonkowie dzieci i rodzeństwa Ubezpieczonego, dzieci i rodzice małżonka Ubezpieczonego, rodzice rodziców i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz małżonka Ubezpieczonego;
- 13) **Pakiet Praca** – zakres ubezpieczenia określony w Umowie ubezpieczenia Majątkowego obejmujący Zdarzenia ubezpieczeniowe: Czasowa niezdolność do pracy i Utrata pracy;
- 14) **Pakiet Życie** – zakres ubezpieczenia określony w Umowie ubezpieczenia na Życie obejmujący zdarzenia ubezpieczeniowe: śmierć i całkowita niezdolność do pracy w rozumieniu Warunków ubezpieczenia na Życie;
- 15) **Rata kredytu** – obejmuje ratę kapitałową i odsetkową, wynikającą z harmonogramu spłat ustalonego na podstawie Umowy kredytu; Rata kredytu nie obejmuje należności przeterminowanych oraz odsetek od należności przeterminowanych;
- 16) **Sport wysokiego ryzyka** – sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, spadochronowe, baloniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, kitesurfing, zorbing, nurkowanie, kajakerstwo górskie, skoki do wody, sztuki walki, sporty walki, strzelectwo, łucznictwo, wspinaczka, alpinizm, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, speleologia, boks, bobsleje, skoki bungee, rafting, canyoning;
- 17) **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia alkoholu we krwi co najmniej 0,2‰ albo
 - b) obecności alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm³;
- 18) **Stan po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego** – stan po wprowadzeniu do organizmu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi podania;
- 19) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 20) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, adres: Rynek 9/11, 50-950 Wrocław, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000008723, NIP 896-000-56-73, utworzona na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 kwietnia 1988 roku w sprawie utworzenia Banku Zachodniego we Wrocławiu (Dz. U. Nr 21, poz. 142);
- 21) **Ubezpieczenie chorobowe** – ubezpieczenie społeczne w razie choroby i macierzyństwa określone we właściwych przepisach powszechnie obowiązującego prawa, mające charakter ubezpieczenia obowiązkowego bądź dobrowolnego;
- 22) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia Majątkowego;



Ubezpieczenie zostało przygotowane wyłącznie z myślą o Klientach Banku Zachodniego WBK S.A., będących Kredytobiorcami. Po przystąpieniu do ubezpieczenia i objęciu Ochroną ubezpieczeniową, Kredytobiorca staje się Ubezpieczonym. Do ubezpieczenia może przystąpić zarówno Kredytobiorca, jak i współkredytobiorca. Każdy z nich jest odrębnie ubezpieczony, otrzymuje Certyfikat i może mieć prawo do pełnego świadczenia ubezpieczeniowego (Rata kredytu nie jest dzielona pomiędzy współkredytobiorców).

- 23) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, adres: Pl. Władysława Andersa 5, 61-894 Poznań, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000310719, NIP 2090001167, prowadząca działalność na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 6 czerwca 2008 roku Nr DNS/602/112/30/08/EMK;
- 24) **Umowa kredytu** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą umowa Kredytu hipotecznego;
- 25) **Umowa ubezpieczenia Majątkowego** – Umowa ubezpieczenia Majątkowego nr U1001/2011 z dnia 20.06.2011 roku, zawarta pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A., na podstawie której Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców;
- 26) **Umowa ubezpieczenia na Życie** – Umowa ubezpieczenia na Życie nr U2003/2011 z dnia 20.06.2011 roku, zawarta pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. świadczy ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców;
- 27) **Uprawianie Sportu wysokiego ryzyka** – czynne uczestnictwo w Sporcie wysokiego ryzyka, zarówno indywidualne, jak i grupowe, w tym uczestnictwo mające charakter rekreacji ruchowej;
- 28) **Utrata pracy** – zdarzenie mające miejsce w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, polegające na:
 - a) rozwiązaniu, w rozumieniu przepisów prawa pracy, umowy o pracę za wypowiedzeniem przez pracodawcę, rozwiązaniu umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika, rozwiązaniu umowy o pracę przez pracownika bez wypowiedzenia; gdy pracodawca dopuścił się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika, bądź gdy zostało wydane orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika, a pracodawca nie przeniósł pracownika w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan zdrowia i kwalifikacje zawodowe pracownika, rozwiązaniu umowy o pracę za porozumieniem stron, z inicjatywy pracodawcy, w trybie przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników – w przypadku Ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę z podmiotem innym niż wskazany w lit. c);
 - b) wykreśleniu wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego, w rozumieniu przepisów regulujących prowadzenie działalności gospodarczej, na skutek ogłoszenia upadłości lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku Ubezpieczonych prowadzących samodzielną działalność gospodarczą;
 - c) rozwiązaniu umowy o pracę z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku Ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy z inną niż spółka publiczna spółką handlową, w której Ubezpieczony lub Osoby bliskie względem Ubezpieczonego posiadają co najmniej 20% głosów w organie stanowiącym tej spółki;
 - d) wygaśnięciu mandatu posła lub senatora z przyczyn nieleżących po jego stronie, z wyłączeniem zakończenia kadencji Sejmu i Senatu – w przypadku Ubezpieczonych pełniących funkcję posła lub senatora Rzeczypospolitej Polskiej; w bezpośrednim następstwie którego Ubezpieczony uzyskał w okresie Ochrony ubezpieczeniowej status Bezrobotnego;
- 29) **Wada wrodzona** – wskazana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części Q00-Q99, niezależna od momentu rozpoznania, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego;
- 30) **Warunki ubezpieczenia Majątkowego** – niniejsze Warunki Ubezpieczenia Majątkowego Hipoteka+ stanowiące integralną część Umowy ubezpieczenia Majątkowego;
- 31) **Warunki ubezpieczenia na Życie** – Warunki Ubezpieczenia na Życie Hipoteka+, stanowiące integralną część Umowy ubezpieczenia na Życie;
- 32) **Wyprawa** – podróż lub pobyt w miejscach charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 4 000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, jak również tereny lodowcowe lub śnieżne, o ile wymagają użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 33) **Zaburzenia psychiczne** – wskazane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części F00-F99 zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym odbiegające od norm zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego;
- 34) **Zamieszki** – gwałtowne demonstracje, zakłócenia porządku publicznego, wrogie akcje grupy osób wymierzone przeciwko władzy lub innej grupie osób lub mające na celu zmianę istniejącego porządku lub osiągnięcie oznaczonych celów;
- 35) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na zajściu w okresie Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) Czasowej niezdolności do pracy lub
 - b) Utraty pracy.



§ 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego i utrata źródła dochodów przez Ubezpieczonego wskutek Utraty pracy.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Czasową niezdolność do pracy i Utratę pracy.

§ 3

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu podpisania Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie będzie miał ukończonych 64 lat, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową jest wyrażenie przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz złożenie pozostałych oświadczeń zawartych w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony może wybrać jeden bądź dwa różne pakiety ubezpieczenia:
 - 1) Pakiet Praca lub
 - 2) Pakiet Życie.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony objęty jest jednocześnie Ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Praca i ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Życie, Ubezpieczyciel rozszerza zakres ubezpieczenia o Poważne zachorowanie w rozumieniu Warunków ubezpieczenia na Życie w stosunku do tego Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w stosunku do danego Ubezpieczonego następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu otwarcia rachunku Kredytu hipotecznego, z zastrzeżeniem ust. 2. Data początku Ochrony ubezpieczeniowej wskazana jest przez Ubezpieczyciela w Certyfikacie.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy – od dnia następnego po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia otwarcia rachunku Kredytu hipotecznego, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane Nieszczęśliwym wypadkiem. W pozostałych przypadkach – po upływie 90 dni od dnia następnego po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni od dnia otwarcia rachunku Kredytu hipotecznego;
 - 2) w zakresie ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy – po upływie 90 dni od dnia następnego po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni od dnia otwarcia rachunku Kredytu hipotecznego, z zastrzeżeniem § 7 ust. 6 i 7.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w zależności od tego, który z przypadków wystąpił wcześniej:
 - 1) z dniem upływu okresu, na jaki Umowa kredytu została zawarta;
 - 2) z dniem, w którym Umowa kredytu została rozwiązana;
 - 3) z dniem spłaty całości Kredytu hipotecznego z Umowy kredytu;
 - 4) z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - 7) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Umowa ubezpieczenia Majątkowego została rozwiązana;
 - 8) z dniem wypłaty ostatniej raty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Czasowa niezdolność do pracy lub Utrata pracy, które spowodowało wyczerpanie limitu świadczeń ubezpieczeniowych określonych w § 5 ust. 3;
 - 9) z ostatnim dniem drugiego kolejnego miesiąca kalendarzowego, za który składka ubezpieczeniowa nie została zapłacona;
 - 10) z dniem prawomocnego ustalenia przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy orzeczonej na okres minimum 5 lat.
4. Przez rozwiązanie Umowy kredytu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2) nie uznaje się wypowiedzenia Umowy kredytu przez Ubezpieczającego. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego kończy się z dniem spłaty całości kredytu lub z ostatnim dniem okresu kredytowania, wynikających z Umowy kredytu, lub z dniem sprzedaży przez Ubezpieczającego należności z tytułu kredytu przeterminowanego, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 3) – 10).
5. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ubezpieczającego o prawomocnym ustaleniu przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, orzeczonej na okres minimum 5 lat.
6. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego ulegnie wcześniejszemu zakończeniu, z powodu, o którym mowa w ust. 3 pkt 1) – 4) oraz pkt 10), Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej zapłaconej przez Ubezpieczającego za okres niewykorzystanej przez danego Ubezpieczonego Ochrony ubezpieczeniowej. Informacja w zakresie obowiązujących u Ubezpieczającego zasad rozliczenia okresu niewykorzystanej przez Ubezpieczonego Ochrony ubezpieczeniowej udostępniana jest Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego.

§ 5

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem zdania następnego oraz ust. 2 i 3, Suma ubezpieczenia właściwa dla danego Ubezpieczonego z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego równa jest dwunastokrotności Raty kredytu, której termin płatności przypadał w miesiącu kalendarzowym poprzedzającym miesiąc kalendarzowy, w którym wystąpił odnoszący się do tego Zdarzenia ubezpieczeniowego Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego, dla którego Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przypada w pierwszym miesiącu kalendarzowym od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Suma ubezpieczenia z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego równa jest dwunastokrotności Raty kredytu, której termin płatności przypadał w miesiącu kalendarzowym, w którym rozpoczęła się Ochrona ubezpieczeniowa.
2. Maksymalna wysokość Raty kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy ubezpieczenia, wynosi 5000 złotych. W przypadku gdy Rata kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości Raty kredytu.
3. Z zastrzeżeniem § 6 ust. 7, w przypadku Umów kredytu zawartych na okres krótszy niż 10 lat, Ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu nie więcej niż trzech Zdarzeń ubezpieczeniowych: Utrata pracy, i nie więcej niż trzech Zdarzeń ubezpieczeniowych: Czasowa niezdolność do pracy, a w przypadku Umów kredytu zawartych na okres co najmniej 10 lat Ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu nie więcej niż czterech Zdarzeń ubezpieczeniowych: Utrata pracy, i nie więcej niż czterech Zdarzeń ubezpieczeniowych: Czasowa niezdolność do pracy.

§ 6 ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy oraz świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty pracy równe jest kwocie łącznej wysokości Rat kredytu, których termin płatności przypadał w miesiącach kalendarzowych, w których wystąpił pierwszy dzień każdego z trzydziestodniowych okresów, o których mowa odpowiednio w ust. 4 lub 5, nie wyższej jednak niż Suma ubezpieczenia, określona w § 5.
- Z zastrzeżeniem § 5 ust. 3 świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty pracy oraz świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należne jest za każde Zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na odpowiednio – Utracie pracy lub Czasowej niezdolności do pracy. W przypadku gdy kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe: Utrata pracy lub kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe: Czasowa niezdolność do pracy nastąpi w okresie krótszym niż 6 miesięcy od ostatniego dnia trzydziestodniowego okresu, o którym mowa w ust. 4 dotyczącego poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiednio – Utrata pracy lub Czasowa niezdolność do pracy, to dla ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego z tego tytułu jest ono traktowane jako kontynuacja poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego – odpowiednio: Utrata pracy lub Czasowa niezdolność do pracy.
- Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest w ratach. Wysokość poszczególnych rat świadczenia ubezpieczeniowego odpowiada wysokości Rat kredytu, których termin płatności przypadał w okresie trwania odpowiednio – Niezdolności do pracy lub Utraty pracy, z zastrzeżeniem jednak, że łączna wysokość rat świadczenia ubezpieczeniowego nie może być wyższa niż Suma ubezpieczenia określona w § 5.
- Pierwsza rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty pracy będzie należna, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez 30 dni, a z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, jeżeli Niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie przez 30 dni – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.
- Z zastrzeżeniem ust. 6, druga i każda kolejna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty pracy będzie należna, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu w okresie Ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie o 30 dni dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty świadczenia ubezpieczeniowego, a z tytułu Czasowej niezdolności do pracy – gdy Niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwać będzie w okresie Ochrony ubezpieczeniowej nieprzerwanie o 30 dni dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty świadczenia ubezpieczeniowego.
- Kolejna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty pracy jest również należna w przypadku, gdy Ubezpieczony zamieszkały w obszarze, w którym obowiązuje sześciomiesięczny okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych, stracił prawo do tego zasiłku ze względu na upływ sześciomiesięcznego okresu jego przysługiwania, jednak nadal posiada status Bezrobotnego, w rozumieniu przepisów dotyczących zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy.
- Jeżeli w okresie świadczenia przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej dojdzie do zbiegu tytułów wypłaty świadczeń – z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i z tytułu Utraty pracy, Ubezpieczyciel wypłaci danemu Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe tylko z tytułu zajścia tego z wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z którego Ubezpieczonemu będzie przysługiwała wyższa kwota świadczenia ubezpieczeniowego.



W przypadku zbiegu tytułów wypłaty świadczeń, gdy po wypłacie jednego świadczenia (np. Czasowa niezdolność do pracy) złożysz wniosek o wypłatę kolejnego świadczenia z tytułu drugiego Zdarzenia ubezpieczeniowego (np. Utrata pracy) i będzie ono wyższe, wtedy wypłacana jest różnica pomiędzy świadczeniami.

- W przypadku Kredytu hipotecznego udzielonego przez Ubezpieczającego, wyrażonego w walucie obcej, podstawą do obliczenia świadczenia ubezpieczeniowego jest wysokość Raty kredytu obliczona według kursu sprzedaży dewiz danej waluty obcej, ogłoszonego w pierwszej tabeli kursów Ubezpieczającego, obowiązującego w pierwszym dniu każdego z trzydziestodniowych okresów, o których mowa odpowiednio w ust. 4 lub 5.

§ 7 OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA



Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszelkich możliwych zdarzeń, jakie mogą doprowadzić do strat finansowych. Dlatego warto zapoznać się z sytuacjami, w których świadczenia ubezpieczeniowe nie zostaną wypłacone przez Ubezpieczyciela.

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie na skutek:
 - działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu;
 - świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1) Zamieszkach lub strajkach, chyba że uczestnictwo wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia;
 - pozostawiania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - popętnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub podjęcia przez Ubezpieczonego działań mających na celu naruszenie czynności organizmu;
 - Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - uczestniczenia w Wyprawie przez Ubezpieczonego.
- W okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy będzie następstwem urazu lub choroby somatycznej, rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza, leczonych u Ubezpieczonego lub wymagających stałej kontroli lekarskiej w okresie 3 lat poprzedzających złożenie przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
- Z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy będzie następstwem:
 - występujących u Ubezpieczonego Zaburzeń psychicznych;
 - choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego;
 - cięży, porodu, przerwania ciąży u Ubezpieczonego;
 - nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób;
 - chorób wywołanych spożywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu;
 - plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu w trakcie Ochrony ubezpieczeniowej uległ Ubezpieczony;
 - Wady wrodzonej Ubezpieczonego;
 - zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - koniecznością odbicia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.
- Z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
 - upływu czasu, na jaki umowa o pracę z Ubezpieczonym została zawarta;
 - rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego, jako pracownika, za uprzedzeniem, bez wypowiedzenia, w razie przejścia części lub całości zakładu pracy zatrudnienia Ubezpieczonego na innego pracodawcę;
 - rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego;
 - rozwiązania umowy o pracę z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą Osobą bliską względem Ubezpieczonego;

- 5) rozwiązania umowy o pracę, łączącej Ubezpieczonego z niebędącą spółką publiczną spółką handlową, w której Ubezpieczony lub Osoby bliskie względem Ubezpieczonego posiadają co najmniej 20% głosów w organie stanowiącym tej spółki, z przyczyn innych niż wskazane w § 1 pkt 28 lit. c).
5. Z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony:
 - a) otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenie związane z wykonywaną wcześniej na rzecz pracodawcy pracą w wysokości przekraczającej 50% kwoty wynagrodzenia, które byłoby mu należne od pracodawcy, gdyby nadal pozostawał z nim w stosunku pracy – w okresie pobierania tego świadczenia lub
 - b) wykazuje Aktywność zarobkową.
6. Z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę lub propozycja rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron, w trybie przewidzianym w przepisach prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, zostały złożone w okresie 90 dni od dnia następnego po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
7. Z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, ale w okresie 6 miesięcy przed tym dniem albo w tym dniu zaszło przynajmniej jedno z następujących zdarzeń:
 - 1) zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę;
 - 2) pracodawca złożył Ubezpieczonemu propozycję rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron, w trybie przewidzianym w przepisach prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników;
 - 3) wydane zostało postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy Ubezpieczonego albo wydane zostało postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszeniu upadłości pracodawcy Ubezpieczonego z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego;
 - 4) pracodawca prowadził w zakładzie pracy zatrudnienia Ubezpieczonego konsultacje w przedmiocie zwolnień grupowych wynikające z przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników; skutkujące Utratą pracy przez Ubezpieczonego w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej.
8. Z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy Ubezpieczonego została potwierdzona, na podstawie polskich przepisów prawa, przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub sąd powszechny, orzeczeniem o trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na okres minimum 5 lat.

§ 8

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O WYPŁATĘ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać telefonicznie lub pisemnie, bądź za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, jeśli zostaną one udostępnione przez Ubezpieczyciela. Zawiadomienie telefoniczne należy potwierdzić zawiadomieniem w formie pisemnej.



Niewłocznie po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i zgłoszeniu roszczenia rozpoczniemy procedurę pozwalającą ustalić uprawnienie do świadczenia i jego wysokość. Pamiętaj, że czas, w jakim będziemy mogli ustalić uprawnienie do świadczenia i jego wysokość, uzależniony jest od tego, kiedy otrzymamy wszystkie informacje i dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia.

2. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do Ubezpieczyciela pisemnego zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) w przypadku świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy:
 - a) kopia dokumentu wydanego przez lekarza albo organ rentowy we właściwy sposób stwierdzającego Niezdolność do pracy Ubezpieczonego oraz
 - b) zaświadczenie pracodawcy, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy – w przypadku gdy Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy za okres Niezdolności do pracy lub w przypadku, gdy Ubezpieczony zachowuje prawo do wynagrodzenia przez okres Niezdolności do pracy albo
 - c) zaświadczenie organu rentowego stwierdzające, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu niezdolności do pracy – w przypadku gdy Ubezpieczonemu przysługuje za okres Niezdolności do pracy świadczenie inne niż zasiłek chorobowy, przyznane przez organ rentowy;
 - d) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 2) w przypadku świadczenia z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego:
 - a) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako Bezrobotny;
 - b) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla bezrobotnych, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6;
 - c) kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania umowy o pracę, skutkującego Utratą pracy przez Ubezpieczonego (w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28) lit. a));
 - d) kopia postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28) lit. c));
 - e) decyzja właściwego urzędu gminy o wykreśleniu wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej, działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego oraz postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości Ubezpieczonego lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczonego z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28) lit. b));
 - f) oświadczenie Ubezpieczonego, iż od Utraty pracy nie wykazuje on żadnej Aktywności zarobkowej;
 - g) oświadczenie Ubezpieczonego, czy pracodawca, u którego Ubezpieczony Utracił pracę, jest dla niego Osobą bliską;
 - h) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
4. Zasadność roszczeń o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie, przedstawiając jednocześnie dokumenty, o których mowa odpowiednio w ust. 3 pkt 1) albo w ust. 3 pkt 2) lit. a), b) i f).
5. Ubezpieczyciel może uzależnić ustalenie prawa Ubezpieczonego do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, przeprowadzonym przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Badania wykonane zostaną na koszt Ubezpieczyciela.

§ 9
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Utraty pracy wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych polskich, przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób ustalony pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczonym.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 10
PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia Majątkowego jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia Majątkowego.

§ 11
SKARGI I ZAŻALENIA

1. Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.
5. Zgłaszający skargę jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Ubezpieczyciela w przedmiocie skargi lub zażalenia. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1 – 4.
6. Niezależnie od możliwości składania skarg i zażaleń, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia Majątkowego przysługuje prawo do złożenia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych lub złożenia powództwa do właściwego sądu.



Pamiętaj! Zawsze masz prawo wglądu w dokumentację zgromadzoną przez nas w procesie rozpatrywania Twojego roszczenia o wypłatę świadczenia, która miała wpływ na podjętą przez nas decyzję dotyczącą ustalenia Twojego prawa do świadczenia i jego wysokości.

§ 12
PEŁNOMOCNICTWO

1. Pełnomocnictwo do działania w imieniu Ubezpieczonego powinno być udzielone w formie pisemnej w oddziale i w obecności przedstawiciela Ubezpieczającego lub z podpisem poświadczonym notarialnie lub w formie aktu notarialnego. Pełnomocnictwo to powinno być sporządzone w języku polskim albo przetłumaczone na ten język przez tłumacza przysięgłego, a pełnomocnictwo udzielone poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej powinno zostać poświadczone przez polskie przedstawicielstwo dyplomatyczne lub polski urząd konsularny za zgodność z prawem miejsca wystawienia lub zawierać klauzulę *apostille* w rozumieniu Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 roku (Dz. U. z 2005 roku Nr 112 poz. 938). Pełnomocnictwo powinno określać zakres czynności, do których dokonywania uprawniony jest pełnomocnik.
2. Pełnomocnictwo do działania w sprawach skarg i zażaleń może być także udzielone w zwykłej formie pisemnej.

§ 13
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Z zastrzeżeniem § 8 ust. 1 oraz § 11 ust. 2 Warunków ubezpieczenia Majątkowego, wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia Majątkowego wymagają formy pisemnej.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Warunkami ubezpieczenia Majątkowego lub Umową ubezpieczenia Majątkowego jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach ubezpieczenia Majątkowego stosuje się postanowienia Umowy ubezpieczenia Majątkowego, przepisy kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Niniejsze Warunki ubezpieczenia Majątkowego obowiązują od 30.04.2014 roku.

WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE „Hipoteka+”

Niniejsze Warunki ubezpieczenia na Życie stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia na Życie nr U2003/2011 z dnia 20.06.2011 roku, zawartej pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. świadczy ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców.



W celu lepszego zrozumienia poniższego tekstu prawnego wprowadziliśmy komentarze prezentowane w takich jak ta ramkach. Będziemy w nich posługiwać się formą komunikacji bezpośredniej, zwracając się do Ciebie – czyli Ubezpieczonego. Zamiast używać zwrotu Ubezpieczyciel, będziemy posługiwać się zwrotem „my”. Pamiętaj, że komentarze są tylko dodatkowym wyjaśnieniem, nie stanowią i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ilekcroć w Warunkach ubezpieczenia na Życie, Umowie ubezpieczenia na Życie, dokumentach związanych z obejmowaniem ochroną ubezpieczeniową, potwierdzających objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z ochroną ubezpieczeniową, świadczoną na podstawie Warunków ubezpieczenia na Życie, używa się następujących pojęć, oznaczając one w odpowiednim przypadku i liczbie:



Pamiętaj! Poproś doradcę bankowego o wydanie Warunków ubezpieczenia na Życie, zapoznaj się z nimi przed podpisaniem Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości – pytaj doradcę.

- 1) **Całkowita niezdolność do pracy** – utrata przez Ubezpieczonego w okresie Ochrony ubezpieczeniowej zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem, wydanym na podstawie przepisów prawa polskiego przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub sąd powszechny, zawierającym stwierdzenie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na okres minimum 5 lat;
- 2) **Certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową;
- 3) **Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – dokument zawierający oświadczenia Kredytobiorcy dotyczące przystąpienia do niniejszego ubezpieczenia;



Deklaracja to dokument, który zawiera między innymi Twoją zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia „Hipoteka+”. Jako potwierdzenie objęcia Ciebie Ochroną ubezpieczeniową otrzymasz inny dokument – Certyfikat.

- 4) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) w przypadku śmierci – data zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy – dzień powstania Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w prawomocnym orzeczeniu, wydanym na podstawie przepisów prawa polskiego przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub sąd powszechny. W przypadku gdy prawomocne orzeczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie wskazuje dnia powstania Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, za dzień zajścia Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego przyjmuje się dzień wydania prawomocnego orzeczenia;
 - c) w przypadku Poważnego zachorowania:
 - dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego – w przypadku Zabiegu chirurgicznego na naczyniach wieńcowych,
 - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep danego narządu albo dzień wykonania przeszczepu danego narządu, jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku Przeszczepu narządu,
 - dzień potwierdzenia przez lekarza po raz pierwszy, w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, rozpoznania danego Poważnego zachorowania – w przypadku Niewydolności obu nerek, Obuoczonej utraty wzroku, Utraty mowy, Obustronnej utraty słuchu, Śpiączki, Rozległego oparzenia,
 - dzień wykonania badań medycznych, określonych w definicji danego Poważnego zachorowania, potwierdzających po raz pierwszy wystąpienie, w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, danego Poważnego zachorowania – w przypadku Nowotworu złośliwego, Zawału serca, Udaru mózgu;
- 5) **Kredyt hipoteczny** – kredyt na cele mieszkaniowe lub pożyczka hipoteczna udzielone Kredytobiorcy przez Ubezpieczającego na podstawie Umowy kredytu;
- 6) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, której Ubezpieczający na podstawie Umowy kredytu udzielił Kredytu hipotecznego; przez Kredytobiorcę rozumie się także współkredytobiorcę;
- 7) **Nieszcześnie wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mogące mieć miejsce na całym świecie:
 - a) dla Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych Ochroną ubezpieczeniową – powstałe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli, doznał w okresie Ochrony ubezpieczeniowej uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł, albo
 - b) dla Zdarzeń ubezpieczeniowych objętych Tymczasową ochroną ubezpieczeniową – powstałe w okresie Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, w następstwie którego Ubezpieczony, niezależnie od swej woli zmarł w okresie Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
- 8) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia na Życie, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, inne niż wynikające z Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) **Pakiet Praca** – zakres ubezpieczenia określony w Umowie ubezpieczenia Majątkowego, obejmujący Zdarzenia ubezpieczeniowe: czasowa niezdolność do pracy i utrata pracy;
- 10) **Pakiet Życie** – zakres ubezpieczenia określony w Umowie ubezpieczenia na Życie, obejmujący Zdarzenia ubezpieczeniowe: śmierć i Całkowita niezdolność do pracy;
- 11) **Poważne zachorowanie** – którekolwiek z poniższych zdarzeń dotyczących Ubezpieczonego, zaszłe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, polegające na:
 - a) **Niewydolności obu nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, charakteryzujące się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez lekarza nefrologa. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte przypadki ostrej niewydolności nerek, wymagające czasowego stosowania dializoterapii oraz niewydolność jednej nerki;
 - b) **Przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jednego z poniższych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku białego lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep takiego narządu – o ile przeszczep wynika z rozpoznania nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu;

- c) **Nowotworze złośliwym** – nowotwór (guz) rozpoznany jako złośliwy badaniem histopatologicznym, przeprowadzonym przez specjalistę onkologa lub histopatologa, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek, a także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Za nowotwory złośliwe nie uznaje się:
 - raka nieinwazyjnego (*carcinoma In situ*), dysplazji szyjki macicy w stopniu CIN 1, CIN 2 lub CIN 3,
 - wczesnego raka gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b oraz odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) ($\leq 1\text{mm}$, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 roku,
 - nadmiernego rogowacenia (*hyperkeratosis*), raka podstawnkomórkowego skóry i raka kolczystokomórkowego skóry,
 - wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
 - d) **Zawale serca** – pierwszy epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego, potwierdzony rozpoznaniem opartym na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia biochemicznych markerów martwicy mięśnia sercowego we krwi, za wyjątkiem epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej bez zawału serca (*angina pectoris*);
 - e) **Udarze mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, charakteryzujące się świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego, za wyjątkiem krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem oraz epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);
 - f) **Zabiegu chirurgicznym na naczyniach wieńcowych** – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty kardiologa, za wyjątkiem angioplastyki oraz jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
 - g) **Rozległym oparzeniu** – stan, w którym co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia, potwierdzony w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego, określającej stopień oparzenia oraz zakres oparzonej powierzchni ciała;
 - h) **Obuocznej utracie wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez lekarza okulistę, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
 - i) **Utracie mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, potwierdzona przez lekarza laryngologa w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu krtani, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia;
 - j) **Obustronnej utracie słuchu** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu, niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia, spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem, potwierdzona przez lekarza laryngologa na podstawie badań audiometrycznych;
 - k) **Spiączce** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin, charakteryzujący się dodatkowo zaistnieniem trwałego ubytku neurologicznego potwierdzonego przez lekarza;
- 12) **Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, gdyby Ubezpieczony spłacał raty kredytu zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat ustalonym na podstawie Umowy kredytu. Saldo zadłużenia obejmuje odsetki naliczane od stanu zadłużenia zgodnie z harmonogramem spłat rat Kredytu hipotecznego, maksymalnie do Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie obejmuje należności przeterminowanych, odsetek od należności przeterminowanych, prowizji i opłat należnych Ubezpieczającemu, ani jakichkolwiek innych kosztów z tytułu Umowy kredytu;
- 13) **Sport wysokiego ryzyka** – sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, spadochronowe, baloniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, kitesurfing, zorbing, nurkowanie, kajakerstwo górskie, skoki do wody, sztuki walki, sporty walki, strzelectwo, łucznictwo, wspinaczka, alpinizm, narciarstwo ekstremalne, snowboarding ekstremalny, speleologia, boks, bobsleje, skoki bungee, rafting, canyoning;
- 14) **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia alkoholu we krwi co najmniej 0,2‰ albo
 - b) obecności alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm³;
- 15) **Stan po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego** – stan po wprowadzeniu do organizmu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi podania;
- 16) **Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa** – tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w § 4 ust. 2 – 4;
- 17) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, adres: Rynek 9/11, 50-950 Wrocław, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000008723, NIP 896-000-56-73, utworzona na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 kwietnia 1988 roku w sprawie utworzenia Banku Zachodniego we Wrocławiu (Dz. U. Nr 21, poz. 142);
- 18) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową albo Tymczasową ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia na Życie;



Ubezpieczenie zostało przygotowane wyłącznie z myślą o Klientach Banku Zachodniego WBK S.A., będących Kredytobiorcami. Po przystąpieniu do niniejszego ubezpieczenia i objęciu Ochroną ubezpieczeniową, Kredytobiorca staje się Ubezpieczonym. Do ubezpieczenia może przystąpić zarówno Kredytobiorca, jak i współkredytobiorca. Każdy z nich może zostać objęty Ochroną ubezpieczeniową i mieć prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, przy czym Saldo zadłużenia nie jest dzielone pomiędzy współkredytobiorców.

- 19) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, adres: Pl. Władysława Andersa 5, 61-894 Poznań, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000310692, NIP 2090001173, prowadząca działalność na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 6 czerwca 2008 roku Nr DNS/602/113/25/08/EMK;
- 20) **Umowa kredytu** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą umowa, na podstawie której Ubezpieczający udzielił Kredytobiorcy Kredytu hipotecznego;
- 21) **Umowa ubezpieczenia Majątkowego** – Umowa ubezpieczenia Majątkowego nr U1001/2011 z dnia 20.06.2011 roku, zawarta pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A., na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. świadczy ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców;
- 22) **Umowa ubezpieczenia na Życie** – Umowa ubezpieczenia na Życie nr U2003/2011 z dnia 20.06.2011 roku, zawarta pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. świadczy ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców;
- 23) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, przewidzianego w Warunkach ubezpieczenia na Życie;
- 24) **Uprawianie Sportu wysokiego ryzyka** – czynne uczestnictwo w Sporcie wysokiego ryzyka, zarówno indywidualne, jak i grupowe, w tym uczestnictwo mające charakter rekreacji ruchowej;
- 25) **Wada wrodzona** – wskazana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części Q00-Q99, niezależna od momentu rozpoznania, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna, powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego;

- 26) **Warunki ubezpieczenia Majątkowego** – Warunki ubezpieczenia Majątkowego „Hipoteka+”, stanowiące integralną część Umowy ubezpieczenia Majątkowego;
- 27) **Warunki ubezpieczenia na Życie** – niniejsze Warunki ubezpieczenia na Życie „Hipoteka+”, stanowiące integralną część Umowy ubezpieczenia na Życie;
- 28) **Wyprawa** – podróż lub pobyt w miejscach charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, góry powyżej 4 000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, jak również tereny lodowcowe lub śnieżne, o ile wymagają użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 29) **Zaburzenia psychiczne** – wskazane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części F00-F99 zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym, odbiegające od norm zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego;
- 30) **Zamieszki** – gwałtowne demonstracje, zakłócenia porządku publicznego, wrogie akcje grupy osób wymierzone przeciwko władzy lub innej grupie osób lub mające na celu zmianę istniejącego porządku lub osiągnięcie oznaczonych celów;
- 31) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na zająsci u w okresie Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku albo następujące zdarzenie polegające na zająsci u w okresie Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) śmierci Ubezpieczonego lub
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy lub
 - c) Poważnego zachorowania.



W tym miejscu wymieniamy sytuacje, w przypadku zaistnienia których świadczymy określoną w Warunkach ubezpieczenia na Życie pomoc finansową. Pamiętaj jednak o ograniczeniach i wyłączeniach odpowiedzialności Ubezpieczyciela opisanych w § 6 i § 7 Warunków ubezpieczenia na Życie.

§ 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz Całkowitą niezdolność do pracy.
3. W przypadku, o którym mowa w § 3 ust. 4, zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Zdarzenie ubezpieczeniowe: Poważne zachorowanie, sklasyfikowane według poniższych kategorii:
 - a) Niewydolność obu nerek,
 - b) Przeszczep narządu,
 - c) Nowotwór złośliwy,
 - d) Śpiączka,
 - e) Zawał serca,
 - f) Udar mózgu,
 - g) Zabieg chirurgiczny na naczyniach wieńcowych,
 - h) Obuoczna utrata wzroku,
 - i) Utrata mowy,
 - j) Obustronna utrata słuchu,
 - k) Rozległe oparzenie.



Ubezpieczenie ma na celu wsparcie Ciebie w trudnych sytuacjach życiowych, takich jak Całkowita niezdolność do pracy czy Poważne zachorowanie.

§ 3

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową albo Tymczasową ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu podpisania Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie będzie miał ukończonych 64 lat, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową albo Tymczasową ochroną ubezpieczeniową jest wyrażenie przez niego zgody na objęcie taką ochroną oraz złożenie pozostałych oświadczeń zawartych w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 – 3.
3. Ubezpieczony może wybrać jeden bądź dwa różne pakiety ubezpieczenia:
 - 1) Pakiet Życie lub
 - 2) Pakiet Praca.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony objęty jest jednocześnie Ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Życie i ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Praca, Ubezpieczyciel rozszerza zakres ubezpieczenia o Poważne zachorowanie w stosunku do tego Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

§ 4

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. W przypadku osób, w stosunku do których z treści złożonej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie wynika konieczność przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela dodatkowej oceny ryzyka, Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu otwarcia rachunku Kredytu hipotecznego. Data początku Ochrony ubezpieczeniowej wskazana jest przez Ubezpieczyciela w Certyfikacie, stanowiącym potwierdzenie objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
2. W przypadku osób, w stosunku do których z treści złożonej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia wynika konieczność przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela dodatkowej oceny ryzyka, Kredytobiorca od następnego dnia po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu otwarcia rachunku Kredytu hipotecznego, objęty jest Tymczasową ochroną ubezpieczeniową. W ramach dodatkowej oceny ryzyka Ubezpieczyciel ma prawo zażądać niezwłocznego poddania się przez Kredytobiorcę badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, przeprowadzonym przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela lub niezwłocznego przedłożenia dokumentacji medycznej lub finansowej, niezbędnej do przeprowadzenia tej oceny ryzyka.
3. Okres Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej nie może trwać dłużej niż 30 dni i kończy się: (1) wraz z upływem tego okresu, (2) z dniem, o którym mowa w zdaniu następnym lub (3) z dniem, o którym mowa w ust. 8 pkt 1) – 5) i pkt 7) – w zależności od tego, który z tych przypadków wystąpił wcześniej. W przypadku gdy w wyniku pozytywnej dodatkowej oceny ryzyka Kredytobiorca zostanie objęty Ochroną ubezpieczeniową z datą początku Ochrony ubezpieczeniowej, przypadającą przed upływem 30 dni okresu Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, wówczas okres Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej kończy się z dniem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową.
4. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest jedynie do zdarzenia śmierci Ubezpieczonego w okresie Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, powstałego wyłączenie na skutek Nieszczęśliwego wypadku, przy czym wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu tego zdarzenia jest równa kwocie Salda zadłużenia, nie więcej jednak niż kwota 200 000 złotych. Postanowienia § 5 ust. 4 stosuje się odpowiednio.
5. W przypadku pozytywnej dodatkowej oceny ryzyka przeprowadzonej przez Ubezpieczyciela zgodnie z ust. 2, Ubezpieczyciel potwierdzi Certyfikatem objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową, wskazując datę początku Ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku negatywnej dodatkowej oceny ryzyka przeprowadzonej przez Ubezpieczyciela zgodnie z ust. 2, Ubezpieczyciel poinformuje Kredytobiorcę o odmowie objęcia Ochroną ubezpieczeniową w terminie 14 dni od dnia zakończenia okresu Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.



Ze względu na wiek i/lub wysokość Salda zadłużenia aktualnego z tytułu Kredytu hipotecznego według stanu na dzień złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia możesz zostać skierowany na badania medyczne lub poproszony o przedłożenie dodatkowej dokumentacji medycznej. Badania przeprowadzane są na nasz koszt.



Od dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia do dnia potwierdzenia przez nas objęcia Ochroną ubezpieczeniową, czyli przekazania Tobie Certyfikatu, oferujemy Ci Tymczasową ochronę ubezpieczeniową w wypadek śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku. Pamiętaj jednak, że Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie będzie trwała dłużej niż 30 dni. Po upływie maksymalnie 30 dni Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie.

7. W okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania oraz Całkowitej niezdolności do pracy ograniczona jest do zdarzeń powstałych wyłącznie na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
8. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w zależności od tego, który z przypadków wystąpił wcześniej:
 - 1) z dniem upływu okresu, na jaki Umowa kredytu została zawarta;
 - 2) z dniem, w którym Umowa kredytu została rozwiązana;
 - 3) z dniem całkowitej spłaty Salda zadłużenia;
 - 4) z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - 5) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 95 lat, z zastrzeżeniem ust. 10 pkt 2);
 - 7) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Umowa ubezpieczenia na Życie została rozwiązana;
 - 8) z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Całkowitej niezdolności do pracy, z tytułu którego należne jest świadczenie ubezpieczeniowe;
 - 9) z ostatnim dniem drugiego kolejnego miesiąca kalendarzowego, za który składka ubezpieczeniowa z tytułu obejmowania Ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego nie została zapłacona.
9. Przez rozwiązanie Umowy kredytu, o którym mowa w ust. 8 pkt 2) nie uznaje się wypowiedzenia Umowy kredytu przez Ubezpieczającego. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego kończy się z dniem spłaty całości Salda zadłużenia lub z ostatnim dniem okresu kredytowania, wynikających z Umowy kredytu, lub z dniem sprzedaży przez Ubezpieczającego należności przeterminowanych z tytułu Kredytu hipotecznego, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej, z zastrzeżeniem ust. 8 pkt 3) – 9).
10. Ponadto Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w zależności od tego, który z przypadków wystąpił wcześniej:
 - 1) z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i z tytułu Poważnego zachorowania – w następstwie ustalenia przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury – z dniem, w którym ustalone zostało prawo Ubezpieczonego do emerytury przez właściwy organ rentowy;
 - 2) z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i z tytułu Poważnego zachorowania – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - 3) z tytułu Poważnego zachorowania:
 - a) z dniem wystąpienia po raz drugi Poważnego zachorowania objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, z tytułu którego należne jest świadczenie ubezpieczeniowe;
 - b) z dniem prawomocnego ustalenia przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do renty z tytułu niezdolności do pracy orzeczonej na okres minimum 5 lat;
 - c) w następstwie zakończenia ochrony ubezpieczeniowej z Pakietu Praca na skutek:
 - złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z Pakietu Praca – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym złożone zostało oświadczenie o rezygnacji z Pakietu Praca,
 - rozwiązania Umowy ubezpieczenia Majątkowego – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym rozwiązana została Umowa ubezpieczenia Majątkowego,
 - nieopłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia Majątkowego za drugi kolejny miesiąc kalendarzowy – z ostatnim dniem drugiego kolejnego miesiąca kalendarzowego, za który nie została opłacona składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy ubezpieczenia Majątkowego.
11. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ubezpieczającego o prawomocnym ustaleniu przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy na okres minimum 5 lat.
12. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego ulegnie wcześniejszemu zakończeniu z powodu, o którym mowa w ust. 8 pkt 1) – 3) oraz w ust. 10 pkt 1), Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej zapłaconej przez Ubezpieczającego za okres niewykorzystanej przez danego Ubezpieczonego Ochrony ubezpieczeniowej. Informacja w zakresie obowiązujących u Ubezpieczającego zasad rozliczenia okresu niewykorzystanej przez Ubezpieczonego Ochrony ubezpieczeniowej udostępniana jest Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego.

§ 5

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie Ochrony ubezpieczeniowej jest równe kwocie Salda zadłużenia Ubezpieczonego, ale nie więcej niż kwocie udzielonego Kredytu hipotecznego na dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie Ochrony ubezpieczeniowej jest powiększane dodatkowo o odsetki umowne, naliczone od rat Kredytu hipotecznego (bez odsetek od należności przeterminowanych), zgodnie z aktualnym na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłat rat Kredytu hipotecznego, należne za okres, który upłynął od momentu śmierci Ubezpieczonego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni, pod warunkiem zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przez Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia powzięcia wiadomości o śmierci Ubezpieczonego i o prawie do ubiegania się o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy jest równe kwocie Salda zadłużenia Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Całkowitej niezdolności do pracy, ale nie więcej niż kwocie udzielonego Kredytu hipotecznego na dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku Kredytu hipotecznego, wyrażonego w walucie obcej podstawą do obliczenia danego świadczenia ubezpieczeniowego jest wysokość Salda zadłużenia lub odsetek, o których mowa w ust. 2, obliczona według kursu sprzedaży dewiz danej waluty obcej, ogłoszonego w pierwszej tabeli kursów Ubezpieczającego, obowiązującego w dniu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie danego świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu każdego Poważnego zachorowania, jakie zajdzie w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, równe jest 10 000 złotych. Ubezpieczony ma prawo do świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu zajścia dwóch Zdarzeń ubezpieczeniowych: Poważne zachorowanie, pod warunkiem, że każde Poważne zachorowanie będzie z innej kategorii, o których mowa w § 2 ust. 3.



Wysokość świadczenia wypłacanego w przypadku śmierci lub Całkowitej niezdolności do pracy jest zależna od aktualnej wartości Twojego Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu. Pamiętaj jednak, że nie obejmuje zaległych rat Kredytu hipotecznego, ani odsetek od tych zaległych rat.

§ 6

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W OKRESIE TYMCZASOWEJ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie Tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej na skutek:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu;
- 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1) Zamieszkach lub strajkach, chyba że uczestnictwo wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 3) skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia;
- 4) pozostawania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 5) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonania przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała, bądź rozstroju zdrowia;
- 6) Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
- 7) uczestniczenia w Wyprawie przez Ubezpieczonego;
- 8) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, nielicencjonowanych linii lotniczych.

§ 7

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA W OKRESIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ



Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszelkich możliwych zdarzeń, jakie mogą doprowadzić do strat finansowych. Dlatego warto zapoznać się z sytuacjami, w których świadczenia ubezpieczeniowe nie zostaną wypłacone przez Ubezpieczyciela.

1. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie Ochrony ubezpieczeniowej na skutek:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu;
 - 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1) Zamieszkach lub strajkach, chyba że uczestnictwo wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 3) skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia.
2. W okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi na skutek urazu, choroby somatycznej lub Zaburzeń psychicznych rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza, leczonych u Ubezpieczonego lub wymagających stałej kontroli lekarskiej w okresie 3 lat poprzedzających złożenie przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
3. W okresie jednego roku od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego będzie następstwem samobójstwa, umyślnego samouszkodzenia ciała bądź umyślnego wywołania rozstroju zdrowia przez Ubezpieczonego lub za jego wiedzą lub zgodą.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli orzeczenie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego będzie następstwem orzeczonej czasowej albo całkowitej niezdolności do pracy w okresie poprzedzającym rozpoczęcie Ochrony ubezpieczeniowej.
5. W okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy lub Poważne zachorowanie, nastąpi na skutek urazu lub choroby somatycznej, rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza, leczonych u Ubezpieczonego lub wymagających stałej kontroli lekarskiej w okresie 3 lat poprzedzających złożenie przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy powstanie na skutek:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 2) chorób wywołanych spożywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonania przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała, bądź rozstroju zdrowia;
 - 4) Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
 - 5) uczestniczenia w Wyprawie przez Ubezpieczonego;
 - 6) występujących u Ubezpieczonego Zaburzeń psychicznych;
 - 7) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego;
 - 9) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób;
 - 10) Wady wrodzonej Ubezpieczonego;
 - 11) zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 12) zabiegu lub operacji Ubezpieczonego, zaplanowanych przed rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej.
7. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania, jeżeli Poważne zachorowanie powstanie na skutek:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 2) chorób wywołanych spożywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonania przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała, bądź rozstroju zdrowia;
 - 4) Uprawiania Sportów wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
 - 5) uczestniczenia w Wyprawie przez Ubezpieczonego;
 - 6) występujących u Ubezpieczonego Zaburzeń psychicznych;
 - 7) Wady wrodzonej Ubezpieczonego;
 - 8) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób, chyba że zabiegi te miały bezpośredni związek z Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 9) plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 10) zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 11) zabiegu lub operacji Ubezpieczonego zaplanowanych lub których przeprowadzenie zalecił lekarz przed rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku gdy w terminie 30 dni od Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – Poważnego zachorowania, nastąpi śmierć Ubezpieczonego, z tytułu której należne będzie świadczenie ubezpieczeniowe i której bezpośrednią przyczyną będzie dane Poważne zachorowanie, należne będzie jedynie świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 8

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O WYPŁATĘ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać telefonicznie lub pisemnie, bądź za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, jeśli zostaną one udostępnione przez Ubezpieczyciela. Zawiadomienie telefoniczne należy potwierdzić zawiadomieniem w formie pisemnej.



Niezwłocznie po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i zgłoszenia roszczenia rozpoczniemy procedurę pozwalającą ustalić uprawnienie do świadczenia i jego wysokość. Pamiętaj, że czas, w jakim będziemy mogli ustalić uprawnienie do świadczenia i jego wysokość, uzależniony jest od tego, kiedy otrzymamy wszystkie informacje i dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia.

2. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po dostarczeniu do Ubezpieczyciela pisemnego zgłoszenia roszczenia i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego są:
 - 1) w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego:
 - a) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego, a w razie śmierci Ubezpieczonego za granicą – odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego, uwierzytelniony zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa międzynarodowego;
 - b) kopia karty zgonu lub inny dokument potwierdzający przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - c) w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku – kopia lub oryginał dokumentu z policji lub prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
 - e) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 2) w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) kopia prawomocnego orzeczenia, wydanego na podstawie przepisów prawa polskiego przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub przez sąd powszechny, potwierdzającego Całkowitą niezdolność do pracy;
 - b) kopia dokumentacji medycznej dotyczącej powstania Całkowitej niezdolności do pracy;
 - c) dodatkowo w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy spowodowanej Nieszczęśliwym wypadkiem – kopia lub oryginał dokumentu z policji lub prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 3) w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania:
 - a) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej Poważne zachorowanie, w tym rozpoznanie, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące Ubezpieczonego;
 - b) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić ustalenie prawa Ubezpieczonego do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim lub diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, przeprowadzonym przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Badania wykonane zostaną na koszt Ubezpieczyciela.

§ 9

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Świadczenie ubezpieczeniowe jest obliczane w oparciu o informacje o wysokości Salda zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu Umowy kredytu w Dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego przekazane Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego oraz w oparciu o informacje o odsetkach umownych, o których mowa w § 5 ust. 2, w przypadku świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy i z tytułu Poważnego zachorowania wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych polskich, przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób ustalony pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczonym.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest Uposażonym lub innym uprawnionym, w złotych polskich, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania danego świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób ustalony pomiędzy Ubezpieczycielem a uprawnionym. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
4. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 10

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia na Życie jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia na Życie.

§ 11

SKARGI I ZAŻALENIA

1. Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.

3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.
5. Zgłaszający skargę jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Ubezpieczyciela w przedmiocie skargi lub zażalenia. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1 – 4.
6. Niezależnie od możliwości składania skarg i zażaleń, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia na Życie przysługuje prawo do złożenia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych lub złożenia powództwa do właściwego sądu.



Pamiętaj! Zawsze masz prawo wglądu w dokumentację zgromadzoną przez nas w procesie rozpatrywania Twojego roszczenia o wypłatę świadczenia, która miała wpływ na podjętą przez nas decyzję dotyczącą ustalenia Twojego prawa do świadczenia i jego wysokości.

§ 12 PEŁNOMOCNICTWO

1. Pełnomocnictwo do działania w imieniu Ubezpieczonego powinno być udzielone w formie pisemnej w oddziale i w obecności przedstawiciela Ubezpieczającego lub z podpisem poświadczonym notarialnie lub w formie aktu notarialnego. Pełnomocnictwo to powinno być sporządzone w języku polskim albo przetłumaczone na ten język przez tłumacza przysięgłego, a pełnomocnictwo udzielone poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej powinno zostać poświadczone przez polskie przedstawicielstwo dyplomatyczne lub polski urząd konsularny za zgodność z prawem miejsca wystawienia lub zawierać klauzulę *apostille* w rozumieniu Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 roku (Dz. U. z 2005 roku Nr 112 poz. 938). Pełnomocnictwo powinno określać zakres czynności, do których dokonywania uprawniony jest pełnomocnik.
2. Pełnomocnictwo do działania w sprawach skarg i zażaleń może być także udzielone w zwykłej formie pisemnej.

§ 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Z zastrzeżeniem § 8 ust. 1 oraz § 11 ust. 2 Warunków ubezpieczenia na Życie, wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia na Życie wymagają formy pisemnej.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Warunkami ubezpieczenia na Życie lub Umową ubezpieczenia na Życie jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach ubezpieczenia na Życie stosuje się postanowienia Umowy ubezpieczenia na Życie, przepisy kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Niniejsze Warunki ubezpieczenia na Życie obowiązują od 30.04.2014 roku.