




WARUNKI UBEZPIECZENIA
Kredytobiorców kredytów firmowych udzielanych przez
Bank Zachodni WBK S. A. – „Biznes Gwarant”

Część I

Ubezpieczenie Kredytobiorców kredytu w rachunku bieżącym na działalność gospodarczą


Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia nr U 2002/2011 z dnia 04.05.2011 r., 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, którym Bank Zachodni WBK S.A. na podstawie Umowy kredytu udzielił kredytu w rachunku bieżącym na działalność gospodarczą.

 *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 i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.*

§ 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE

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

- 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 zarabkowania Ubezpieczonego;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy** – utrata przez Ubezpieczonego w okresie Ochrony ubezpieczeniowej zdolności do wykonywania jakiejkolwiek 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;
- 3) **Certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową;
- 4) **Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – brak zdolności do wykonywania pracy zarobkowej przez Ubezpieczonego, powstały i utrzymujący się na skutek naruszenia czynności organizmu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce nie wcześniej niż 30 dni przed potwierdzeniem braku zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, zgodnie z obowiązującymi powszechnie przepisami prawa polskiego, właściwą decyzją organu rentowego, lub zwolnieniami lekarskimi wystawionymi przez lekarza niebędącego Osobą bliską względem Ubezpieczonego, lub inną dokumentacją medyczną, utrzymujący się przez co najmniej 30 dni w okresie Ochrony ubezpieczeniowej; nie uważa się za czasowo niezdolnego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który wykazuje Aktywność zarobkową;
- 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 „Biznes Gwarant”. Jako potwierdzenie objęcia Ciebie Ochroną ubezpieczeniową otrzymasz inny dokument – Certyfikat.*

- 6) **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 Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – dzień powstania Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, 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 obowiązującymi powszechnie przepisami prawa polskiego. W przypadku, gdy właściwy dokument, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie wskazuje dnia powstania Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, za dzień zajścia Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku przyjmuje się dzień wydania właściwego dokumentu potwierdzającego brak zdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej; ustalony w powyższy sposób dzień zajścia Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku pozostaje wiążący dla ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego: Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) w przypadku Pobytu w szpitalu – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu;
- 7) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, prowadząca jednoosobowo działalność gospodarczą lub będąca współnikiem w spółce cywilnej, której Ubezpieczający na podstawie Umowy kredytu udzielił kredytu w rachunku bieżącym na działalność gospodarczą; przez Kredytobiorcę rozumie się także współkredytobiorcę;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe 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;

- 9) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) **Odsetki** – kwota odsetek umownych naliczonych przez Ubezpieczającego od wykorzystanej przez Ubezpieczonego kwoty kredytu, udzielonego Ubezpieczonemu na podstawie Umowy kredytu, z zastrzeżeniem że Odsetki nie obejmują żadnych innych odsetek, w tym odsetek od kredytu przeterminowanego;
- 11) **Okres rozliczeniowy** – okres, za który Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową. Okres rozliczeniowy rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i kończy najpóźniej z ostatnim dniem trwania Umowy kredytu; wraz z zakończeniem Okresu rozliczeniowego kończy się okres Ochrony ubezpieczeniowej i nie jest pobierana kolejna składka. Kredytobiorca może zostać ponownie objęty Ochroną ubezpieczeniową wraz z odnowieniem Umowy kredytu w rachunku bieżącym na działalność gospodarczą na kolejny okres, pod warunkiem złożenia nowej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
- 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, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz małżonka Ubezpieczonego;
- 13) **Pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, mający na celu leczenie choroby bądź urazu Ubezpieczonego, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania. Za dzień Pobytu w szpitalu uznaje się każdy dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, przypadający w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym licząc liczbę dni nieprzerwanego pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uznaje się dzień rejestracji Ubezpieczonego w Szpitalu, a ostatni – dzień wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 14) **Saldo zadłużenia** – kwota kredytu wykorzystanego i niespłaconego na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, udzielonego Ubezpieczonemu na podstawie Umowy kredytu. Saldo zadłużenia obejmuje Odsetki naliczone na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie obejmuje odsetek od kredytu przeterminowanego, prowizji i opłat należnych Ubezpieczającemu, ani jakichkolwiek innych kosztów z tytułu Umowy kredytu;
- 15) **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;
- 16) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 17) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki medycznej w zakresie diagnostyki i leczenia, zabiegów terapeutycznych w warunkach stałych i specjalnie do tego celu przystosowanych, przez wykwalifikowany średni i wyższy personel medyczny. Definicja Szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, hospicjum, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych oraz wypoczynkowych. Za Szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 18) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna;
- 19) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;



Ubezpieczenie „Biznes Gwarant” zostało przygotowane wyłącznie z myślą o Klientach Banku Zachodniego WBK S.A., będących Kredytobiorcami. Po przystąpieniu do ubezpieczenia, Kredytobiorca staje się Ubezpieczonym. Do ubezpieczenia może przystąpić zarówno Kredytobiorca jak i współkredytobiorca, ale nie więcej niż 5 osób, w ramach tej samej Umowy kredytu.

- 20) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 21) **Udział** – wskazany w Certyfikacie danego Ubezpieczonego procentowy stosunek Sumy ubezpieczenia do kwoty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytu, przy czym:
 - a) dla kwoty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytu nie wyższej niż 50 000 złotych: w przypadku jednego Kredytobiorcy Udział wynosi 100%, a w przypadku wielu Kredytobiorców objętych Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu Udział poszczególnego Kredytobiorcy nie może być niższy niż 20 % a suma Udziałów dla wszystkich Kredytobiorców musi być równa 100 %,
 - b) dla kwoty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytu wyższej niż 50 000 złotych: w przypadku jednego Kredytobiorcy Udział nie może być wyższy niż 100% a iloczyn Udziału i kwoty kredytu nie może być niższy niż 50 000 złotych, a w przypadku wielu Kredytobiorców objętych Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu Udział poszczególnego Kredytobiorcy nie może być niższy niż 20% a iloczyn sumy Udziałów wszystkich Kredytobiorców i kwoty kredytu nie może być niższy niż 50 000 złotych, przy czym suma Udziałów nie może być wyższa niż 100%;
- 22) **Umowa kredytu** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą umowa o kredyt w rachunku bieżącym na działalność gospodarczą, wskazana w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia danego Kredytobiorcy;
- 23) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na podstawie której Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców, którym Bank Zachodni WBK S.A. na podstawie Umowy kredytu udzielił kredytu w rachunku bieżącym na działalność gospodarczą;
- 24) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w Warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 25) **Warunki ubezpieczenia** – niniejsze warunki ubezpieczenia Kredytobiorców kredytów firmowych udzielanych przez Bank Zachodni WBK S.A. – „Biznes Gwarant”, Część I – Ubezpieczenie Kredytobiorców kredytu w rachunku bieżącym na działalność gospodarczą;
- 26) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na zajściu w okresie Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) śmierci Ubezpieczonego lub
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy, lub
 - c) Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, lub
 - d) Pobytu w szpitalu.



W tym miejscu wymieniamy sytuacje, w przypadku zaistnienia których świadczymy określoną w Warunkach ubezpieczenia pomoc finansową. Pamiętaj jednak o wyłączeniach odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wymienionych w § 7 Warunków ubezpieczenia.

§ 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA


1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje: śmierć Ubezpieczonego, Całkowitą niezdolność do pracy, Czasową niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Pobyt w szpitalu.

§ 3

OBJĘCIE I REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 2 – 4, może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy kredytu ma ukończone 18 lat i który w dniu zakończenia Umowy kredytu nie ma ukończonych 65 lat, nie pobierający świadczeń emerytalnych ani rentowych z tytułu niezdolności do pracy.
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 najpóźniej:
 - 1) w dniu następującym po dniu zawarcia Umowy kredytu lub
 - 2) w dniu następującym po dniu zmiany Umowy kredytu w zakresie kwoty kredytu lub upływu okresu na jaki Umowa kredytu została zawarta, lub
 - 3) w następnym dniu po zakończeniu poprzedniego okresu Ochrony ubezpieczeniowej dla Ubezpieczonego w związku z daną Umową kredytu – w przypadku ponownego obejmowania Ochroną ubezpieczeniową w związku z odnowieniem tej Umowy kredytu.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową w terminie do 10 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym minął okres 14 dni od dnia złożenia przez Kredytobiorcę Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Brak zapłaty składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w zdaniu poprzedzającym i w terminie dodatkowym 7 dni, wyznaczonym przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty, będzie równoznaczne z wypowiedzeniem Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w części obejmującej zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Kredytobiorcy ze skutkiem natychmiastowym.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych nie więcej niż 5 Kredytobiorców w ramach jednej Umowy kredytu.
5. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej. Rezygnacja jest skuteczna z dniem, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
6. Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej jednego z Ubezpieczonych nie powoduje zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.
7. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 4) Warunków ubezpieczenia, ponowne objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową w związku z tą samą Umową kredytu jest niemożliwe, chyba że:
 - 1) dokonywane jest ono w związku z odnowieniem tej Umowy kredytu albo
 - 2) po dniu złożenia tej rezygnacji Umowa kredytu została zmieniona w zakresie kwoty kredytu lub upływu okresu na jaki ta Umowa kredytu została zawarta.
8. Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Kredytobiorcy Warunki ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez Kredytobiorcę zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową.

 *Pamiętaj! Poproś doradcę bankowego o wydanie Warunków ubezpieczenia, zapoznaj się z nimi przed podpisaniem Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości – pytaj doradcę. Zawsze możesz znaleźć Warunki ubezpieczenia także na naszej stronie internetowej www.bzwbkaviva.pl.*

§ 4

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu określonym w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia złożonej przez tego Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w późniejszym z poniższych terminów:
 - 1) w dniu następującym po dniu złożenia przez Ubezpieczonego tej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) w dniu postawienia kredytu do dyspozycji na podstawie zawartej przez Ubezpieczonego Umowy kredytu.
2. W okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu oraz Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń powstałych wyłącznie na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
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 lub zmieniona w zakresie kwoty kredytu lub upływu okresu na jaki Umowa kredytu została zawarta;
 - 3) z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - 4) z dniem, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - 6) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego;
 - 7) z Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Całkowitej niezdolności do pracy.
4. Przez rozwiązanie Umowy kredytu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2) nie uznaje się rozwiązania na skutek wypowiedzenia Umowy kredytu przez Ubezpieczającego. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich Kredytobiorców w ramach danej Umowy kredytu kończy się z dniem spłaty całości kredytu lub z ostatnim dniem okresu kredytowania, wynikających z danej Umowy kredytu, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 1) i 3) do 7).
5. Ponadto Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy 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 Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku w następstwie ustalenia przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy – z dniem, w którym ustalone zostało prawo Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy przez właściwy organ rentowy.
6. Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ubezpieczającego o prawomocnym ustaleniu przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.
7. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego ulegnie wcześniejszemu zakończeniu z powodu, o którym mowa w ust. 3 pkt 2) i pkt 4) Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki 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. Sumy ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego z tytułu poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych nie mogą być wyższe niż Sumy ubezpieczeń dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych określone w poniższej tabeli:

| Zdarzenie ubezpieczeniowe | Suma ubezpieczenia | |
|--|---|---|
| | dla Ubezpieczonego, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 55 lat | dla Ubezpieczonego, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 55 lat i nie ma ukończonych 65 lat |
| śmierć Ubezpieczonego | 200 000 złotych | 150 000 złotych |
| Całkowita niezdolność do pracy | 200 000 złotych | 150 000 złotych |
| Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku | 60 000 złotych, dla pojedynczej raty, o której mowa w § 6 ust. 6 i 7: 10 000 złotych | 60 000 złotych, dla pojedynczej raty, o której mowa w § 6 ust. 6 i 7: 10 000 złotych |
| Pobyt w szpitalu | 60 000 złotych, dla pojedynczej części, o której mowa w § 6 ust. 9 i 10: 10 000 złotych | 60 000 złotych, dla pojedynczej części, o której mowa w § 6 ust. 9 i 10: 10 000 złotych |

2. Łącznie Sumy ubezpieczenia z tytułu danej kategorii Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego albo Całkowita niezdolność do pracy dla wszystkich Ubezpieczonych danej Umowy kredytu, objętych Ochroną ubezpieczeniową, nie mogą być wyższe niż wysokość kwoty udzielonego kredytu określonej w Umowie kredytu, przy czym zmiany wysokości limitu kredytowego określone w Umowie kredytu nie powodują zmiany tych Sum ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3 pkt 2).
3. Sumy ubezpieczenia z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego i Całkowita niezdolność do pracy obowiązują w całym okresie Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego: Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku ulega każdorazowo pomniejszeniu o kwotę należnego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, aż do wyczerpania Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobyt w szpitalu ulega każdorazowo pomniejszeniu o kwotę należnego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu, aż do wyczerpania Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Sumy ubezpieczenia z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku i Pobyt w szpitalu odnawiają się po zakończeniu każdego z kolejnych 12-miesięcznych okresów, liczonych począwszy od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6
WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego nie może być wyższa niż Suma ubezpieczenia określona zgodnie z § 5 dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz nie wyższa niż kwota udzielonego kredytu z tytułu Umowy kredytu.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równe kwocie będącej iloczynem Udziału i kwoty Salda zadłużenia na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3. Jeżeli wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego będzie niższa bądź równa 500 złotych, to Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tego tytułu w kwocie 500 złotych.
3. Z zastrzeżeniem warunku określonego w zdaniu następnym, część świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi także iloczyn Udziału i Odsetek, należnych za okres, który upłynął od dnia śmierci danego Ubezpieczonego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni, nawet jeżeli zgodnie z Umową kredytu termin płatności Odsetek naliczonych za ten okres jeszcze nie nadszedł. Należne świadczenie ubezpieczeniowe jest powiększane o tę kwotę pod warunkiem zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego przez Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia powzięcia wiadomości o śmierci danego Ubezpieczonego lub o prawie do ubiegania się o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy jest równe kwocie będącej iloczynem Udziału i kwoty Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Całkowitej niezdolności do pracy. Jeżeli wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy będzie niższa bądź równa 500 złotych, to Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tego tytułu w kwocie 500 złotych.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest wypłacane w ratach, w wysokości po 5% kwoty Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, przy czym łączna wysokość rat z tytułu zajścia jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego: Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 30% kwoty Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku. Jeżeli rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie niższa, bądź równa 100 złotych, to Ubezpieczyciel wypłaci tę ratę w kwocie 100 złotych.
6. Pierwsza rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie należąca, jeżeli okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie trwał nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
7. Druga i każda kolejna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie należąca, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie trwała nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniej raty świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
8. W przypadku gdy przed upływem terminu 30 dni od daty ostatniego dnia Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku zajdzie kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe: Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zdarzenie to dla ustalenia wysokości świadczenia z tego tytułu jest traktowane jako kontynuacja poprzedniej Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
9. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w szpitalu jest ustalane w częściach, w wysokości po 5% kwoty Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobytu w szpitalu, przy czym łączna wysokość świadczenia z tytułu zajścia jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobytu w szpitalu nie może przekroczyć 30% kwoty Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobytu w szpitalu. Jeżeli część świadczenia

- ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu będzie niższa bądź równa 100 złotych, to Ubezpieczyciel ustali tę część w kwocie 100 złotych.
10. Pierwsza część świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu będzie należna, jeżeli Pobyt w szpitalu będzie trwał nieprzerwanie przynajmniej 7 kolejnych dni, a druga i każda kolejna część świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu będzie należna, po upływie każdych kolejnych 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
 11. W przypadku gdy przed upływem terminu 30 dni od daty ostatniego dnia Pobytu w szpitalu zajdzie kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt w szpitalu, zdarzenie to dla ustalenia wysokości świadczenia z tego tytułu jest traktowane jako kontynuacja poprzedniego Pobytu w szpitalu, a zatem poszczególne części świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu stają się należne po upływie każdych kolejnych 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
 12. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w szpitalu wypłacane jest jednorazowo za cały okres nieprzerwanego Pobytu w szpitalu, na podstawie ilości i wysokości ustalonych części świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu i dokumentów poświadczających cały nieprzerwany okres Pobytu w szpitalu.
 13. Jeżeli w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego dojdzie do zbiegu tytułów do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku i z tytułu Pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci danemu Ubezpieczonemu świadczenie tylko z tytułu zajścia tego z wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z którego danemu Ubezpieczonemu będzie przysługiwała wyższa kwota świadczenia ubezpieczeniowego.



Przykład: Dwóch współników w spółce cywilnej zaciągnęło kredyt w rachunku na działalność gospodarczą na 100 000 złotych. Postanowili się ubezpieczyć, do 50% kwoty Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu każdy. W przypadku śmierci lub Całkowitej niezdolności do pracy jednego z nich zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 50% kwoty pozostającego do spłaty Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu, a w przypadku Pobytu szpitalu lub Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie wypłacane świadczenie w wysokości 5% Salda zadłużenia na Dzień zajścia danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, maksymalnie 30% Salda zadłużenia.

§ 7

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA



Warto zapoznać się z sytuacjami, w których świadczenia ubezpieczeniowe nie zostaną wypłacone przez Ubezpieczyciela.


1. Poza przypadkami, w których ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie bezpośrednio lub pośrednio 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, rozruchach lub strajkach, chyba że uczestnictwo wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia.
2. W okresie 2 lat od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie Ochrony ubezpieczeniowej.
3. W okresie 1 roku od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem samobójstwa, umyślnego samouszkodzenia ciała bądź umyślnego wywołania rozstroju zdrowia Ubezpieczonego.
4. Z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli orzeczenie całkowitej niezdolności do pracy będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem orzeczonej czasowej albo całkowitej niezdolności do pracy w okresie poprzedzającym dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Pobytu w szpitalu lub Całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Pobyt w szpitalu lub Całkowita niezdolność do pracy powstanie bezpośrednio lub pośrednio na skutek:
 - 1) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy, pozostawiania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu, 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 przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przy czym przez uprawianie rozumie się uczestnictwo czynne, zarówno indywidualne jak i grupowe, w tym uczestnictwo, mające charakter rekreacji ruchowej a przez sporty wysokiego ryzyka – uprawianie sportów motorowych lub motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, kitesurfingu, zorbingu, nurkowania ze sprzętem specjalistycznym, kajakarstwa górskiego, skoków do wody, sportów walki i obronnych, wspinaczki, alpinizmu, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, speleologii, boksu, bobslei, saneczkarstwa, szermierki, skoków bungee, raftingu, canyoningu albo uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu pustynia, góry powyżej 4 000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, i tereny lodowcowe lub śnieżne, wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 5) choroby psychicznej Ubezpieczonego lub występujących u niego zaburzeń psychicznych;
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 7) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego;
 - 8) ciąży, porodu, przerwania ciąży u 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, chyba że zabiegi te miały bezpośredni związek z Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 10) plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego wypadku jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 11) wady wrodzonej Ubezpieczonego;
 - 12) choroby wywołanej u Ubezpieczonego bezpośrednio lub pośrednio przez HIV;
 - 13) zabiegu lub operacji Ubezpieczonego zaplanowanych przed rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 14) Aktywności zarobkowej Ubezpieczonego, jako pracownika ochrony, górnika, nurka, lub kaskadera;
 - 15) innych, niż wskazane powyżej, urazów lub stanów chorobowych rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń

- lekarza lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy poprzedzających bezpośrednio dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
6. Z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu będzie spowodowany koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.
 7. W przypadku, gdy Ubezpieczony, po zakończeniu poprzedniego Okresu rozliczeniowego, został ponownie objęty Ochroną ubezpieczeniową w związku z odnowieniem danej Umowy kredytu i złożeniem nowej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, za dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 2 – 4 i ust. 5 pkt 15) rozumie się dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej po raz pierwszy dla tego Ubezpieczonego w związku z tą Umową kredytu, z zastrzeżeniem ust. 8.
 8. Postanowienia ust. 7 mają zastosowanie, jeżeli każde ponowne objęcie Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową w związku z odnowieniem danej Umowy kredytu następowało na podstawie kolejnej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia złożonej nie później niż następnego dnia po zakończeniu poprzedniego okresu Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O WYPŁATĘ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać telefonicznie lub pisemnie. Zawiadomienie telefoniczne należy potwierdzić zawiadomieniem w formie pisemnej.

 *Niezwłocznie po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i zgłoszenia roszczenia rozpoczniemy procedurę pozwalającą ustalić prawo do świadczenia i jego wysokość. Pamiętaj, że czas w jakim będziemy mogli ustalić prawo 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 na formularzu Ubezpieczyciela 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 ubezpieczeniowego 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 polskich przepisów prawa 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 Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - a) kopia dokumentu wydanego przez lekarza albo organ rentowy stwierdzającego Czasową niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy za okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, lub w przypadku, gdy Ubezpieczony zachowuje prawo do wynagrodzenia przez okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – oryginał zaświadczenia pracodawcy, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie społeczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje za okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku świadczenie inne niż zasiłek chorobowy, przyznane przez organ rentowy – oryginał zaświadczenia organu rentowego stwierdzającego, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku, gdy dokument taki powinien być i został sporządzony, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, lub inne dokumenty potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej Czasową niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 4) w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu:
 - a) oryginał lub kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzonej przez placówkę medyczną, która wystawiła dokumentację lub przez Ubezpieczyciela,
 - b) oryginał lub kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego potwierdzonej przez Szpital lub przez Ubezpieczyciela,
 - c) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić ustalenie prawa Ubezpieczonego do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Całkowitej niezdolności do pracy od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim i 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 informację o stanie Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu Ubezpieczonego w Dniu zajścia

Zdarzenia ubezpieczeniowe przekazywaną Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego. W przypadku o którym mowa w § 6 ust. 3 świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego obliczane jest również w oparciu o dodatkową informację o Odsetkach z tytułu Umowy kredytu, naliczonych za okres wskazany w § 6 ust. 3, przekazywaną Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego.

- Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Pobytu w szpitalu wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych polskich, przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób ustalony pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczonym.
- 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 lub w inny sposób ustalony pomiędzy Ubezpieczycielem a uprawnionym. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu 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. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
- 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 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 10


PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

- Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
- 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.

§ 11

SKARGI I ZAŻALENIA

- Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Niezależnie od możliwości składania skarg i zażaleń, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia 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 ubezpieczeniowego, która miała wpływ na podjętą przez nas decyzję dotyczącą ustalenia Twojego prawa do świadczenia ubezpieczeniowego i jego wysokości.*

§ 12

PEŁNOMOCNICTWO

- Pełnomocnictwo do działania w imieniu Ubezpieczonego powinno być udzielone w formie pisemnej w oddziale i w obecności przedstawiciela Ubezpieczającego oraz zgodnie z obowiązującą u Ubezpieczającego procedurą 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 r. (Dz. U. z 2005 roku, Nr 112 poz. 938). Pełnomocnictwo powinno określać zakres czynności, do których dokonywania uprawniony jest pełnomocnik.
- Pełnomocnictwo do działania w sprawach skarg i zażaleń może być także udzielone w zwykłej formie pisemnej.

§ 13

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

WARUNKI UBEZPIECZENIA
Kredytobiorców kredytów firmowych udzielanych przez
Bank Zachodni WBK S. A. – „Biznes Gwarant”

Część II
Ubezpieczenie Kredytobiorców kredytu na działalność gospodarczą – Biznes Ekspres,
Biznes Ekspres Hipoteka,
kredytu obrotowego lub kredytu inwestycyjnego

Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia nr U 2002/2011 z dnia 04.05.2011 r., 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, którym Bank Zachodni WBK S.A. na podstawie Umowy kredytu udzielił kredytu na działalność gospodarczą – Biznes Ekspres, Biznes Ekspres Hipoteka, kredytu obrotowego lub kredytu inwestycyjnego.



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 i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.

§ 1
POSTANOWIENIA OGÓLNE

Ilekrót w Warunkach ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia, dokumentach związanych z obejmowaniem Ochroną ubezpieczeniową, potwierdzających objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz w innych oświadczeniach składanych w związku ze świadczeniem Ochroną ubezpieczeniową używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 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 zarabkowania Ubezpieczonego;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy** – utrata przez Ubezpieczonego w okresie Ochrony ubezpieczeniowej zdolności do wykonywania jakiejkolwiek 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;
- 3) **Certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową;
- 4) **Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – brak zdolności do wykonywania pracy zarobkowej przez Ubezpieczonego, powstały i utrzymujący się na skutek naruszenia czynności organizmu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce nie wcześniej niż 30 dni przed potwierdzeniem braku zdolności do wykonywania pracy zarobkowej, zgodnie z obowiązującymi powszechnie przepisami prawa polskiego, właściwą decyzją organu rentowego, lub zwolnieniami lekarskimi wystawionymi przez lekarza niebędącego Osobą bliską względem Ubezpieczonego lub inną dokumentacją medyczną, utrzymujący się przez co najmniej 30 dni w okresie Ochrony ubezpieczeniowej; nie uważa się za czasowo niezdolnego do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, który wykazuje Aktywność zarobkową;
- 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 „Biznes Gwarant”. Jako potwierdzenie objęcia Ciebie Ochroną ubezpieczeniową otrzymasz inny dokument – Certyfikat.

- 6) **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 Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – dzień powstania Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, 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 obowiązującymi powszechnie przepisami prawa polskiego. W przypadku, gdy właściwy dokument, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie wskazuje dnia powstania Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, za dzień zajścia Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku przyjmuje się dzień wydania właściwego dokumentu potwierdzającego brak zdolności Ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej,
 - d) w przypadku Pobytu w szpitalu – pierwszy dzień Pobytu w szpitalu;
- 7) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, prowadząca jednoosobowo działalność gospodarczą lub będąca współnikiem w spółce cywilnej, której Ubezpieczający na podstawie Umowy kredytu udzielił kredytu na działalność gospodarczą – Biznes Ekspres, Biznes Ekspres Hipoteka, kredytu obrotowego lub kredytu inwestycyjnego; przez Kredytobiorcę rozumie się także współkredytobiorcę;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe 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;
- 9) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) **Odsetki** – kwota odsetek umownych naliczonych przez Ubezpieczającego od wykorzystanej przez Ubezpieczonego kwoty kredytu, udzielonego Ubezpieczonemu na podstawie Umowy kredytu, z zastrzeżeniem że Odsetki nie obejmują żadnych innych odsetek, w tym odsetek od kredytu przeterminowanego;

- 11) **Okres rozliczeniowy** – jest to okres, za który Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową. Okres rozliczeniowy rozpoczyna się od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i kończy najpóźniej z ostatnim dniem trwania Umowy kredytu. W przypadku Umów kredytu zawartych na okres do 3 lat, po zakończeniu tego okresu, Ochrona ubezpieczeniowa kończy się i nie jest pobierana kolejna składka ubezpieczeniowa. Natomiast w przypadku Umów kredytu zawartych na okres powyżej 3 lat pierwszy Okres rozliczeniowy trwa 3 lata, a kolejne Okresy rozliczeniowe mogą być okresami nie dłuższymi niż roczne. Pierwsza składka ubezpieczeniowa jest pobierana wówczas jednorazowo za okres 3 lat, a kolejne składki ubezpieczeniowe są pobierane jednorazowo za okresy nie dłuższe niż roczne. Jeżeli Ubezpieczony nie złoży oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 10, Ochrona ubezpieczeniowa jest przedłużana na kolejne Okresy rozliczeniowe pod warunkiem opłacenia składki za kolejny Okres rozliczeniowy;
- 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, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz małżonka Ubezpieczonego;
- 13) **Pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 kolejnych dni, mający na celu leczenie choroby bądź urazu Ubezpieczonego, odnotowany w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; za dzień Pobytu w szpitalu uznaje się każdy dzień kalendarzowy pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, przypadający w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym licząc liczbę dni nieprzerwanego pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, za pierwszy dzień Pobytu w szpitalu uznaje się dzień rejestracji Ubezpieczonego w Szpitalu, a ostatni – dzień wypisu Ubezpieczonego ze Szpitala;
- 14) **Saldo zadłużenia** – kwota zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu niespłaconego kredytu w Dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego gdyby Ubezpieczony spłacał raty kredytu zgodnie z harmonogramem spłat kredytu ustalonym na podstawie Umowy kredytu. Saldo zadłużenia obejmuje Odsetki należne do dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie obejmuje odsetek od kredytu przeterminowanego, prowizji i opłat należnych Ubezpieczającemu, ani jakichkolwiek innych kosztów z tytułu Umowy kredytu;
- 15) **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w krwi co najmniej 0,2 ‰ albo
 - a) stężenia alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm³;
 - b) obecności alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm³;
- 16) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 17) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki medycznej w zakresie diagnostyki i leczenia, zabiegów terapeutycznych w warunkach stałych i specjalnie do tego celu przystosowanych, przez wykwalifikowany średni i wyższy personel medyczny. Definicja Szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, hospicjum, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, rehabilitacyjnych, uzdrowiskowych oraz wypoczynkowych. Za Szpital nie uznaje się również wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjentów, jak również leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 18) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna;
- 19) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;



Ubezpieczenie „Biznes Gwarant” zostało przygotowane wyłącznie z myślą o Klientach Banku Zachodniego WBK S.A., będących Kredytobiorcami. Po przystąpieniu do ubezpieczenia, Kredytobiorca staje się Ubezpieczonym. Do ubezpieczenia może przystąpić zarówno Kredytobiorca jak i współkredytobiorca, ale nie więcej niż 5 osób, w ramach tej samej Umowy kredytu.

- 20) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 21) **Udział** – wskazany w Certyfikacie danego Ubezpieczonego procentowy stosunek Sumy ubezpieczenia do kwoty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytu, przy czym:
 - a) dla kwoty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytu nie wyższej niż 50 000 złotych: w przypadku jednego Kredytobiorcy Udział wynosi 100%, a w przypadku wielu Kredytobiorców objętych Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu Udział poszczególnego Kredytobiorcy nie może być niższy niż 20 % a suma Udziałów dla wszystkich Kredytobiorców musi być równa 100 %,
 - b) dla kwoty kredytu udzielonego na podstawie Umowy kredytu wyższej niż 50 000 złotych: w przypadku jednego Kredytobiorcy Udział nie może być wyższy niż 100% a iloczyn Udziału i kwoty kredytu nie może być niższy niż 50 000 złotych, a w przypadku wielu Kredytobiorców objętych Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu Udział poszczególnego Kredytobiorcy nie może być niższy niż 20% a iloczyn sumy Udziałów wszystkich Kredytobiorców i kwoty kredytu nie może być niższy niż 50 000 złotych, przy czym suma Udziałów nie może być wyższa niż 100%;
- 22) **Umowa kredytu** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą umowa kredytu na działalność gospodarczą – Biznes Ekspres, Biznes Ekspres Hipoteka, kredytu obrotowego lub kredytu inwestycyjnego, wskazana w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia danego Kredytobiorcy;
- 23) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, na podstawie której Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową na rzecz Kredytobiorców, którym Bank Zachodni WBK S.A. na podstawie Umowy kredytu udzielił kredytu na działalność gospodarczą – Biznes Ekspres, Biznes Ekspres Hipoteka, kredytu obrotowego lub kredytu inwestycyjnego;
- 24) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w Warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 25) **Warunki ubezpieczenia** – niniejsze warunki ubezpieczenia Kredytobiorców kredytów firmowych udzielanych przez Bank Zachodni WBK S.A. – „Biznes Gwarant”, Część II – Ubezpieczenie Kredytobiorców kredytu na działalność gospodarczą – Biznes Ekspres, Biznes Ekspres Hipoteka, kredytu obrotowego lub kredytu inwestycyjnego;
- 26) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na zajściu w okresie Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) śmierci Ubezpieczonego lub
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy, lub
 - c) Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, lub
 - d) Pobytu w szpitalu.



W tym miejscu wymieniamy sytuacje, w przypadku zaistnienia których świadczymy określoną w Warunkach ubezpieczenia pomoc finansową. Pamiętaj jednak o wyłączeniach odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wymienionych w § 7 Warunków ubezpieczenia.

§ 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA


1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje: śmierć Ubezpieczonego, Całkowitą niezdolność do pracy, Czasową niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego

wypadku, Pobyt w szpitalu.

§ 3

OBJĘCIE I REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem ust. 2 – 5, może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy kredytu ma ukończone 18 lat i który w dniu zakończenia Umowy kredytu nie ma ukończonych 65 lat, nie pobierający świadczeń emerytalnych ani rentowych z tytułu niezdolności do pracy.
- Warunkiem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową jest wyrażenie przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz złożenie pozostałych oświadczeń zawartych w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia najpóźniej:
 - w dniu następującym po dniu zawarcia Umowy kredytu lub
 - w dniu następującym po dniu zmiany Umowy kredytu w zakresie kwoty kredytu lub upływu okresu na jaki Umowa kredytu została zawarta.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową w terminie do 10 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu:
 - w którym minął okres 14 dni od dnia złożenia przez Kredytobiorcę Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia – w przypadku składki należnej w związku z przystąpieniem Kredytobiorcy do ubezpieczenia albo
 - w którym minął okres 14 dni od dnia rozpoczęcia kolejnego Okresu rozliczeniowego – w przypadku składki należnej w związku z przedłużeniem Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres rozliczeniowy zgodnie z zasadami określonymi w § 1 pkt 11).
- Brak zapłaty składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w ust. 3 i w terminie dodatkowym 7 dni, wyznaczonym przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty, będzie równoznaczne z wypowiedzeniem Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w części obejmującej zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Kredytobiorcy ze skutkiem natychmiastowym.
- Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objętych nie więcej niż 5 Kredytobiorców w ramach jednej Umowy kredytu.
- Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej. Rezygnacja jest skuteczna z dniem, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
- Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej jednego z Ubezpieczonych nie powoduje zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
- W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z § 4 ust. 4 pkt 4), ponowne objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową w związku z tą samą Umową kredytu jest niemożliwe, chyba że po dniu złożenia tej rezygnacji Umowa kredytu została zmieniona w zakresie kwoty kredytu lub upływu okresu na jaki ta umowa została zawarta.
- Ubezpieczający zobowiązany jest udostępnić Kredytobiorcy Warunki ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez Kredytobiorcę zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową.
- Ubezpieczony może złożyć oświadczenie o nieprzedłużaniu okresu ubezpieczenia na kolejny Okres rozliczeniowy na zasadach określonych w § 1 pkt 11). Oświadczenie to powinno być złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na jeden dzień przed upływem dotychczasowego Okresu rozliczeniowego.

 Pamiętaj! Poproś doradcę bankowego o wydanie Warunków ubezpieczenia, zapoznaj się z nimi przed podpisaniem Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Jeśli masz jakiegokolwiek wątpliwości – pytaj doradcę. Zawsze możesz znaleźć Warunki ubezpieczenia także na naszej stronie internetowej www.bzwbkaviva.pl.

§ 4

OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się, z zastrzeżeniem ust. 2, w dniu określonym w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia złożonej przez tego Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w późniejszym z poniższych terminów:
 - w dniu następującym po dniu złożenia przez Ubezpieczonego tej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia,
 - w dniu postawienia kredytu do dyspozycji na podstawie zawartej przez Ubezpieczonego Umowy kredytu.
- W okresie do dnia uruchomienia kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa ograniczona jest jedynie do Zdarzenia ubezpieczeniowego śmierci Ubezpieczonego powstałego wyłącznie na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- W okresie pierwszych 90 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w szpitalu oraz Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń powstałych wyłącznie na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się, w zależności od tego, który z przypadków wystąpił wcześniej:
 - z dniem upływu okresu na jaki Umowa kredytu została zawarta;
 - z dniem, w którym Umowa kredytu została rozwiązana lub zmieniona w zakresie kwoty kredytu lub upływu okresu na jaki Umowa kredytu została zawarta;
 - z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - z dniem, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, jeżeli Ubezpieczony złożył przed jego upływem oświadczenie, o którym mowa w § 3 ust. 10 lub Ubezpieczający nie zapłacił składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego za kolejny Okres rozliczeniowy z przyczyn wskazanych w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
 - z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Umowa ubezpieczenia została rozwiązana;
 - z dniem całkowitej spłaty kredytu;
 - z Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Całkowitej niezdolności do pracy.
- Przez rozwiązanie Umowy kredytu, o którym mowa w ust. 4 pkt 2) nie uznaje się rozwiązania na skutek wypowiedzenia Umowy kredytu przez Ubezpieczającego. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu kończy się z dniem spłaty całości kredytu lub z ostatnim dniem okresu kredytowania, wynikających z danej Umowy kredytu, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej, z zastrzeżeniem ust. 4 pkt 1) i pkt 3) – 9).
- Ponadto Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się:
 - z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy – 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;
 - z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – w następstwie ustalenia przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy – z dniem, w którym ustalone zostało prawo Ubezpieczonego do emerytury

- lub renty z tytułu niezdolności do pracy przez właściwy organ rentowy.
- Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie poinformować Ubezpieczającego o prawomocnym ustaleniu przez właściwy organ prawa Ubezpieczonego do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy.
 - Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego ulegnie wcześniejszemu zakończeniu z powodu, o którym mowa w ust. 4 pkt 2) i pkt 4), Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki 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

- Sumy ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego z tytułu poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych nie mogą być wyższe niż Sumy ubezpieczeń dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych, określone w poniższej tabeli:

| Zdarzenie ubezpieczeniowe | Suma ubezpieczenia | |
|--|---|---|
| | dla Ubezpieczonego, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 55 lat | dla Ubezpieczonego, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 55 lat i nie ma ukończonych 65 lat |
| śmierć Ubezpieczonego | 200 000 złotych | 150 000 złotych |
| Całkowita niezdolność do pracy | 200 000 złotych | 150 000 złotych |
| Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku | 60 000 złotych, dla pojedynczej raty, o której mowa w § 6 ust. 6 i 7: 10 000 złotych | 60 000 złotych, dla pojedynczej raty, o której mowa w § 6 ust. 6 i 7: 10 000 złotych |
| Pobyt w szpitalu | 60 000 złotych, dla pojedynczej części, o której mowa w § 6 ust. 9 i 10: 10 000 złotych | 60 000 złotych, dla pojedynczej części, o której mowa w § 6 ust. 9 i 10: 10 000 złotych |

- Łącznie Sumy ubezpieczenia z tytułu danej kategorii Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego albo Całkowita niezdolność do pracy dla wszystkich Ubezpieczonych danej Umowy kredytu, objętych Ochroną ubezpieczeniową, nie mogą być wyższe niż wysokość kwoty udzielonego kredytu określonej w Umowie kredytu.
- Sumy ubezpieczenia z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego i Całkowita niezdolność do pracy obowiązują w całym okresie Ochrony ubezpieczeniowej.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego: Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku ulega każdorazowo pomniejszeniu o kwotę należnego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, aż do wyczerpania Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 6.
- Suma ubezpieczenia z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobyt w szpitalu ulega każdorazowo pomniejszeniu o kwotę należnego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu, aż do wyczerpania Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 6.
- Sumy ubezpieczenia z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku i Pobyt w szpitalu odnawiają się po zakończeniu każdego z kolejnych 12-miesięcznych okresów, liczonych począwszy od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6 WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego nie może być wyższa niż Suma ubezpieczenia określona zgodnie z § 5 dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz nie wyższa niż kwota udzielonego kredytu z tytułu Umowy kredytu.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zaszłego w okresie od dnia udostępnienia środków finansowych do dnia uruchomienia kredytu z tytułu Umowy kredytu, jest równe kwocie będącej iloczynem kwoty udostępnionego kredytu z tytułu Umowy kredytu i Udziału danego Ubezpieczonego.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równe kwocie będącej iloczynem kwoty Salda zadłużenia na dzień śmierci Ubezpieczonego i Udziału danego Ubezpieczonego.
- Z zastrzeżeniem warunku określonego w zdaniu następnym, część świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego stanowi także iloczyn Udziału i Odsetek, należnych za okres, który upłynął od dnia śmierci danego Ubezpieczonego do dnia podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego, jednak za okres nie dłuższy niż 120 dni. Należne świadczenie ubezpieczeniowe jest powiększane o tę kwotę pod warunkiem zgłoszenia roszczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego przez Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego niezwłocznie, nie później niż w terminie 14 dni od dnia powzięcia wiadomości o śmierci danego Ubezpieczonego lub o prawie do ubiegania się o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci danego Ubezpieczonego.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy jest równe kwocie będącej iloczynem Udziału i kwoty Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Całkowitej niezdolności do pracy.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku jest równe kwocie łącznej wysokości rat kredytu z tytułu Umowy kredytu, których termin spłaty, zgodnie z harmonogramem spłat kredytu obowiązującym na dzień zakończenia 30-dniowego okresu, o którym mowa w § 1 pkt 4), przypada w okresie Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, nie więcej jednak niż 6 tych rat kredytu, z zastrzeżeniem ust. 7.
- Pierwsza rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie należna, jeżeli okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie trwał nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
- Druga i każda kolejna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie należna, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku będzie trwała nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniej raty świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.

9. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w szpitalu jest ustalane w częściach, w wysokości raty kredytu z tytułu Umowy kredytu, której termin spłaty, zgodnie z harmonogramem spłat kredytu obowiązującym na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobyt w szpitalu przypada w okresie Pobytu w szpitalu, przy czym łączna wysokość świadczenia z tytułu zajścia jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobyt w szpitalu nie może przekroczyć 6 tych rat kredytu.
10. Pierwsza część świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu będzie należna, jeżeli Pobyt w szpitalu będzie trwał nieprzerwanie przynajmniej 7 kolejnych dni, a druga i każda kolejna część świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu będzie należna, po upływie każdego kolejnych 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
11. W przypadku, gdy przed upływem terminu 30 dni od daty ostatniego dnia Pobytu w szpitalu zajdzie kolejne Zdarzenie ubezpieczeniowe: Pobyt w szpitalu, zdarzenie to dla ustalenia wysokości świadczenia z tego tytułu jest traktowane jako kontynuacja poprzedniego Pobytu w szpitalu, a zatem poszczególne części świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu stają się należne po upływie każdego kolejnych 30 dni nieprzerwanego Pobytu w szpitalu – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego.
12. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w szpitalu wypłacane jest jednorazowo za cały okres nieprzerwanego Pobytu w szpitalu, na podstawie ilości i wysokości ustalonych części świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu i dokumentów poświadczających cały nieprzerwany okres Pobytu w szpitalu.
13. Jeżeli w okresie Ochrony ubezpieczeniowej danego Ubezpieczonego dojdzie do zbiegu tytułów do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku i z tytułu Pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci danemu Ubezpieczonemu świadczenie tylko z tytułu zajścia tego z wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z którego danemu Ubezpieczonemu będzie przysługiwała wyższa kwota świadczenia ubezpieczeniowego.



Przykład: Dwóch współników w spółce cywilnej zaciągnęło kredyt na działalność gospodarczą na 100 000 złotych. Postanowili się ubezpieczyć, do 50% kwoty Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu każdy (Udział każdego z nich wynosił 50%). W przypadku śmierci lub Całkowitej niezdolności do pracy jednego z nich zostanie wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe równe Udziałowi 50% kwoty pozostającej do spłaty kwoty Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu, a w przypadku Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo Pobytu w szpitalu będzie wypłacane świadczenie w wysokości raty kredytu, o których mowa odpowiednio w § 6 ust. 6 albo § 6 ust. 9.

§ 7

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA



Warto zapoznać się z sytuacjami, w których świadczenia ubezpieczeniowe nie zostaną wypłacone przez Ubezpieczyciela.


1. Poza przypadkami, w których ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wynikają z przepisów powszechnie obowiązującego prawa Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe powstanie bezpośrednio lub pośrednio 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, rozruchach lub strajkach, chyba że uczestnictwo wynikało ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia.
2. W okresie 2 lat od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie 5 lat poprzedzających rozpoczęcie Ochrony ubezpieczeniowej.
3. W okresie 1 roku od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem samobójstwa, umyślnego samouszkodzenia ciała bądź umyślnego wywołania rozstroju zdrowia Ubezpieczonego.
4. Z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli orzeczenie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem orzeczonej czasowej albo całkowitej niezdolności do pracy w okresie poprzedzającym rozpoczęcie Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Pobytu w szpitalu lub Całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Pobyt w szpitalu lub Całkowita niezdolność do pracy powstanie bezpośrednio lub pośrednio na skutek:
 - 1) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy, pozostawiania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu, 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 przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przy czym przez uprawianie rozumie się uczestnictwo czynne, zarówno indywidualne jak i grupowe, w tym uczestnictwo, mające charakter rekreacji ruchowej a przez sporty wysokiego ryzyka – uprawianie sportów motorowych lub motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, kitesurfingu, zorbingu, nurkowania ze sprzętem specjalistycznym, kajakarstwa górskiego, skoków do wody, sportów walki i obronnych, wspinaczki, alpinizmu, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, speleologii, boks, bobslei, saneczkarstwa, szermierki, skoków bungee, raftingu, canyoningu albo uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu pustynia, góry powyżej 4 000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, i tereny lodowcowe lub śnieżne, wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 5) choroby psychicznej Ubezpieczonego lub występujących u niego zaburzeń psychicznych;
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 7) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego;
 - 8) ciąży, porodu, przerwania ciąży u 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, chyba że zabiegi te miały bezpośredni związek z Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 10) plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego wypadku jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 11) wady wrodzonej Ubezpieczonego;
 - 12) choroby wywołanej u Ubezpieczonego bezpośrednio lub pośrednio przez HIV;

- 13) zabiegu lub operacji Ubezpieczonego zaplanowanych przed rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 14) Aktywności zarobkowej Ubezpieczonego jako pracownika ochrony, górnika, nurka lub kaskadera;
 - 15) innych niż wskazane powyżej urazów lub stanów chorobowych rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy poprzedzających bezpośrednio dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
6. Z tytułu Pobytu w szpitalu Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w szpitalu będzie spowodowany koniecznością odbycia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego.
7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o której mowa w § 4 ust. 2 Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności zgodnie z postanowieniami ust. 1 i ust. 5 pkt 1), 3), 4), 6), 14).

§ 8

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O WYPŁATĘ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać telefonicznie lub pisemnie. Zawiadomienie telefoniczne należy potwierdzić zawiadomieniem w formie pisemnej.

 *Niezwłocznie po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i zgłoszenia roszczenia rozpoczniemy procedurę pozwalającą ustalić prawo do świadczenia i jego wysokość. Pamiętaj, że czas w jakim będziemy mogli ustalić prawo 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 na formularzu Ubezpieczyciela 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 oraz śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - 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 polskich 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 wskazane przez Ubezpieczyciela dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 3) w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - a) kopia dokumentu wydanego przez lekarza albo organ rentowy stwierdzającego Czasową niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy za okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, lub w przypadku, gdy Ubezpieczony zachowuje prawo do wynagrodzenia przez okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku – oryginał zaświadczenia pracodawcy, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie społeczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - c) w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje za okres Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku świadczenie inne niż zasiłek chorobowy, przyznane przez organ rentowy – oryginał zaświadczenia organu rentowego stwierdzającego, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) kopia dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku, gdy dokument taki powinien być i został sporządzony, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub inne dokumenty potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej Czasową niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 4) w przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w szpitalu:
 - a) oryginał lub kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzonej przez placówkę medyczną, która wystawiła dokumentację lub przez Ubezpieczyciela,
 - b) oryginał lub kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego potwierdzonej przez Szpital lub przez Ubezpieczyciela,
 - c) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić ustalenie prawa Ubezpieczonego do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Całkowitej niezdolności do pracy od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim i 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 stanie kwoty Salda zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu Umowy kredytu, wysokości rat i Odsetek zgodnych z harmonogramem spłat rat z tytułu Umowy kredytu w Dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, przekazywane Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego.


- Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku, oraz Pobytu w szpitalu wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych polskich, przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób ustalony pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczonym.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Uposażonym lub innym uprawnionym w złotych polskich, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania danego świadczenia lub w inny sposób ustalony pomiędzy Ubezpieczycielem a uprawnionym. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu 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. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
- Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 10 PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

- Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
- 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.

§ 11 SKARGI I ZAŻALENIA

- Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez Zarząd Ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez Ubezpieczyciela
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Niezależnie od możliwości składania skarg i zażaleń, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia 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

- Pełnomocnictwo do działania w imieniu Ubezpieczonego powinno być udzielone w formie pisemnej w oddziale i w obecności przedstawiciela Ubezpieczającego oraz zgodnie z obowiązującą u Ubezpieczającego procedurą 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 r. (Dz. U. z 2005 roku, Nr 112 poz. 938). Pełnomocnictwo powinno określać zakres czynności, do których dokonywania uprawniony jest pełnomocnik.
- Pełnomocnictwo do działania w sprawach skarg i zażaleń może być także udzielone w zwykłej formie pisemnej.

§ 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia obowiązują od dnia 01/11/2011.