



## WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A.

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A. zawartej dnia 4 stycznia 2006 roku, na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna (po przeniesieniu portfela ubezpieczeń, na podstawie umowy zawartej pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna, zatwierdzonego decyzją Komisji Nadzoru Finansowego) świadczy ochronę ubezpieczeniową osobom, którym Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna udzielił kredytu gotówkowego (dalej „Umowa Ubezpieczenia”).

### § 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ilekroć poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:
  - 1) **Zakład Ubezpieczeń** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna;
  - 2) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna;
  - 3) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń a Ubezpieczającym;
  - 4) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, której Ubezpieczający udzielił kredytu gotówkowego na podstawie umowy kredytowej;
  - 5) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
  - 6) **Osoby bliskie względem Ubezpieczonego** – małżonek Ubezpieczonego, osoba pozostająca z nim w konkubinacie, dzieci, rodzice i rodzeństwo Ubezpieczonego, małżonkowie dzieci i rodzeństwa Ubezpieczonego, rodzice i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz małżonka Ubezpieczonego;
  - 7) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Zakładu Ubezpieczeń do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Umowy Ubezpieczenia, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 8) **Umowa kredytowa** – umowa o udzielenie kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, określająca wysokość oraz warunki spłaty kredytu gotówkowego;
  - 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszczerbku na zdrowiu; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;
  - 10) **Niezdolność do pracy** – brak zdolności do wykonywania pracy zarobkowej przez Ubezpieczonego, powstały i utrzymujący się na skutek naruszenia czynności organizmu wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku, potwierdzony zgodnie z obowiązującymi powszechnie przepisami prawa przez organ rentowy albo lekarza niebędącego względem Ubezpieczonego osobą bliską; nie uważa się za niezdolnego do pracy Ubezpieczonego, który wykazuje jakąkolwiek aktywność zarobkową;
  - 11) **Utrata zdolności do pracy** – zdarzenie polegające na powstaniu w okresie ubezpieczenia i utrzymywaniu się w tym okresie niezdolności do pracy Ubezpieczonego;
  - 12) **Bezrobotny** – osoba zarejestrowana w tym charakterze w powiatowym urzędzie pracy, która w myśl ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy spełnia warunki do otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych;
  - 13) **Utrata pracy** – zdarzenie polegające na mającym miejsce w okresie ubezpieczenia:
    - a) w przypadku osób pozostających w stosunku pracy – rozwiązaniu umowy o pracę ze względu na wypowiedzenie umowy przez pracodawcę albo rozwiązanie umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia, bez winy pracownika,
    - b) w przypadku osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą – wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z Ewidencji Działalności Gospodarczej w rozumieniu przepisów Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał w tym okresie status bezrobotnego;
  - 14) **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, 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;
  - 15) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na utracie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy bądź też na utracie pracy przez Ubezpieczonego;
  - 16) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

### § 2 ZAWARCIE ORAZ CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia została zawarta w dniu 4 stycznia 2006 roku na czas nieoznaczony.
2. Każda ze stron Umowy Ubezpieczenia ma prawo wypowiedzieć ją w każdym czasie z zachowaniem okresu wypowiedzenia wskazanego w Umowie Ubezpieczenia. Umowa Ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.

### § 3 PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz utrata źródła dochodu wskutek utraty przez Ubezpieczonego pracy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Zakładu Ubezpieczeń do zapłaty określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia świadczeń w razie mającej miejsce w okresie ubezpieczenia odnoszącym się do danego Ubezpieczonego:
  - 1) utraty zdolności do pracy przez tego Ubezpieczonego – w przypadku gdy okres niezdolności do pracy trwa w okresie ubezpieczenia przynajmniej trzydzieści dni;
  - 2) utraty pracy przez tego Ubezpieczonego – w przypadku gdy okres posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego trwa w okresie ubezpieczenia przynajmniej trzydzieści dni.

**§ 4**  
**OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia umowy kredytu ukończył 18 lat, i który w dniu zakończenia umowy kredytowej nie ukończy 65 lat jeżeli wysokość kredytu udzielonego temu Kredytobiorcy nie przekracza kwoty 100 000 (sto tysięcy) złotych.
2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową jest ponadto wyrażenie przez niego w dniu złożenia wniosku o udzielenie kredytu zgody na objęcie ubezpieczeniem, co następuje poprzez złożenie Ubezpieczającemu stosownego wniosku w tym zakresie, oraz złożenie następujących oświadczeń:
  - 1) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie przez Zakład Ubezpieczeń jego danych osobowych jako administratora tych danych;
  - 2) o nieodwołalnym wyrażeniu zgody na przekazanie Zakładowi Ubezpieczeń informacji stanowiących tajemnicę bankową w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy Ubezpieczenia;
  - 3) o nieodwołalnym umocowaniu Zakładu Ubezpieczeń do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz weryfikacji podanych przez niego danych oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z Umowy Ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń;
  - 4) o wyrażeniu zgody na przekazywanie i udostępnianie powyższych informacji Ubezpieczającemu lub innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia, w przypadkach kiedy obowiązek taki wynikał będzie z obowiązujących przepisów;
  - 5) o wyrażeniu zgody na wzajemne przekazanie pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń oraz spółką BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. danych osobowych Ubezpieczonego oraz treści oświadczeń, jak również informacji o wysokości składek opłacanych z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia oraz Umowy Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A., a także na połączenie tych danych.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu Warunków Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest potwierdzić objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową poprzez wydanie certyfikatu.

**§ 5**  
**OKRES UBEZPIECZENIA**

1. W stosunku do każdego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu złożenia oświadczeń, o których mowa w § 4, nie wcześniej jednak niż w dniu udostępnienia środków finansowych w ramach zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytowej.
2. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ochrona ubezpieczeniowa kończy się z chwilą:
  - 1) rozwiązania umowy kredytowej, w tym na skutek upływu okresu, na jaki ta umowa została zawarta;
  - 2) wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej dla danego zdarzenia ubezpieczeniowego, w odniesieniu do tego zdarzenia;
  - 3) rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia;
  - 4) śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, składając Ubezpieczającemu stosowne oświadczenie. Rezygnacja jest skuteczna od dnia, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa przysługująca danemu Ubezpieczonemu ulegnie zakończeniu z powodu wcześniejszego rozwiązania umowy kredytowej lub rezygnacji z ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje ustalony proporcjonalnie zwrot części składki opłaconej z tytułu ubezpieczenia tego Ubezpieczonego za okres od dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, na jaki umowa kredytowa została zawarta. Składka zwracana jest po przekazaniu przez Ubezpieczającego do Zakładu Ubezpieczeń danych, na podstawie których obliczona zostanie składka podlegająca zwrotowi.
5. Zwrot składki, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, nie przysługuje, jeśli nastąpiło zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z ust. 2, pkt 2.

**§ 6**  
**SUMA UBEZPIECZENIA**

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, suma ubezpieczenia właściwa dla danego Ubezpieczonego, z tytułu każdego zdarzenia ubezpieczeniowego, równa jest łącznej wysokości 12 rat kredytu pozostających do spłaty, zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zakończenia trzydziestodniowego okresu, o którym mowa w § 3, ust. 2.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, w przypadku gdy do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zakończenia trzydziestodniowego okresu, o którym mowa w § 3, ust. 2, pozostaje mniej niż 12 rat, suma ubezpieczenia równa jest łącznej wysokości wszystkich rat kredytu pozostających do spłaty w tym dniu.
3. Maksymalna wysokość raty kredytu, która stanowi podstawę do określenia sumy ubezpieczenia, wynosi 5 000 (pięć tysięcy) złotych. W przypadku gdy rata kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń ograniczona jest do sumy ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości raty.

**§ 7**  
**ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE**

1. Świadczenie ubezpieczeniowe równe jest kwocie łącznej wysokości rat kredytu, których termin płatności przypada w okresie niezdolności do pracy lub przysługiwania Ubezpieczonemu statusu bezrobotnego, mających miejsce w trakcie ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, pozostających do spłaty, zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zakończenia trzydziestodniowego okresu, o którym mowa w § 3, ust. 2, nie wyższej jednak niż suma ubezpieczenia określona zgodnie z § 6.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest w ratach. Wysokość poszczególnych rat świadczenia odpowiada wysokości rat kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat.
3. Pierwsza rata będzie należna, jeżeli status bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez trzydzieści dni albo stan niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie przez trzydzieści dni – w okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.
4. Z zastrzeżeniem ust. 6, druga i każda kolejna rata będzie należna, jeżeli status bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie o miesiąc dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty albo stan niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie o miesiąc dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty – w okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każde zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na utracie przez niego pracy.
6. Kolejna rata świadczenia z tytułu utraty pracy jest również należna w przypadku, gdy Ubezpieczony zamieszkały w obszarze, w którym zgodnie z przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy obowiązuje sześciomiesięczny okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych, stracił prawo do zasiłku ze względu na upływ sześciomiesięcznego okresu jego przysługiwania, jednak nadal posiada status bezrobotnego w rozumieniu przepisów ustawy.
7. Świadczenie z tytułu utraty zdolności do pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każde zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na utracie przez niego zdolności do pracy w okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego. Jednakże w przypadku, gdy kolejna utrata zdol-

ności do pracy nastąpi w okresie krótszym niż sześć miesięcy od zakończenia poprzedniego okresu niezdolności do pracy bądź wynika z tej samej choroby lub tego samego nieszczęśliwego wypadku, pierwsza rata z tytułu późniejszej utraty zdolności do pracy należna jest, jeżeli ponowny stan niezdolności do pracy będzie trwać nieprzerwanie trzydzieści dni w okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego. Świadczenie płatne jest wówczas zgodnie z zasadami ustalonymi w ust. 1–6, przy czym łącznie świadczenie to nie może przekraczać różnicy pomiędzy sumą ubezpieczenia ustaloną z tytułu poprzedniej utraty zdolności do pracy a świadczeniem wypłaconym z tytułu tej poprzedniej utraty zdolności do pracy.

8. Jeżeli w danym czasie zajdą zdarzenia ubezpieczeniowe uzasadniające wypłatę świadczenia równocześnie z tytułu utraty zdolności do pracy i z tytułu utraty pracy, świadczenie należne jest tylko z tytułu zajścia jednego z wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych.

## § 8

### OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

1. Poza przypadkami określonymi przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa Zakład Ubezpieczeń wolny jest od odpowiedzialności, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe w jakimkolwiek stopniu będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem:
  - 1) jakichkolwiek działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
  - 2) wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia;
  - 3) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażycia narkotyków, środków psychotropowych bądź innych podobnie działających środków, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
  - 4) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonania przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 5) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, takich jak spadochroniarstwo, sporty motorowe i motorowodne, wspinaczka, speleologia, nurkowanie z użyciem sprzętu płetwonurkowego, rafting, skoki na linie.
2. Z tytułu utraty zdolności do pracy Zakład Ubezpieczeń nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe w jakimkolwiek stopniu będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem:
  - 1) zaburzeń emocjonalnych, nerwowych lub psychicznych, w tym depresji i stanów lękowych;
  - 2) zespołów bólowych wszystkich odcinków kręgosłupa, chyba że są to potwierdzone diagnozą lekarską finalne i obiektywne symptomy ograniczenia ruchu;
  - 3) choroby Ubezpieczonego innej niż stany opisane w postanowieniach dwóch punktów poprzedzających, o której Ubezpieczony wiedział w czasie przypadającym na okres sześciu miesięcy poprzedzających objęcie ochroną ubezpieczeniową, bądź którą Ubezpieczony leczył w czasie przypadającym na ten okres;
  - 4) ciąży, porodu, przerwania ciąży lub okoliczności z nimi powiązanych;
  - 5) 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;
  - 6) podjęcia przez Ubezpieczonego działań mających na celu naruszenie czynności organizmu skutkującej powstaniem i utrzymywaniem się niezdolności do pracy.
3. W szczególności uważa się, że w czasie przypadającym na okres sześciu miesięcy poprzedzających objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego występowała choroba, o której on wiedział, jeśli w ciągu całego tego czasu lub jego części był uprawniony do otrzymania jakiegokolwiek świadczenia o charakterze społecznym związanego z chorobą albo jeśli toczyło się postępowanie w sprawie przyznania mu takiego świadczenia.
4. Z tytułu utraty pracy Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
  - 1) upływu czasu, na jaki umowa o pracę została zawarta;
  - 2) rozwiązania umowy o pracę przez pracownika w trybie jedynie powodującym skutki wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę, w szczególności w trybie opisanym w art. 231, § 4 kodeksu pracy;
  - 3) ustania stosunku pracy wiążącego go z pracodawcą, którego akcjonariuszami lub udziałowcami posiadającymi łącznie powyżej 20% udziałów albo akcji są osoby bliskie względem Ubezpieczonego, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych;
  - 4) ustania stosunku pracy wiążącego go z pracodawcą, którego akcjonariuszem albo udziałowcem posiadającym powyżej 20% odpowiednio akcji albo udziałów jest Ubezpieczony, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych lub ustanie stosunku pracy nastąpiło ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego.
5. Z tytułu utraty pracy Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli po utracie pracy Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenie związane z wykonywaną wcześniej pracą w wysokości przekraczającej 50% kwoty wynagrodzenia, które byłoby mu należne od pracodawcy, gdyby nadal pozostawał z nim w stosunku pracy – w okresie pobierania tego świadczenia.
6. Z tytułu utraty pracy Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że w okresie odpowiedzialności może utracić pracę.
7. W szczególności uważa się, że w chwili objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że w okresie ubezpieczenia może utracić pracę, jeśli w tym dniu był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, ale w okresie sześciu miesięcy przed tym dniem albo w tym dniu zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
  - 1) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o rozwiązaniu umowy o pracę;
  - 2) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę;
  - 3) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych;
  - 4) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę.

## § 9

### TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O ZAPŁATĘ ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń i wysokości świadczenia. Osoba dochodząca roszczenia o zapłatę świadczenia powinna wykazać zajście zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia.
2. O obowiązku zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego Zakład Ubezpieczeń należy powiadomić w terminie dziewięćdziesięciu dni od dnia, w którym informujący dowiedział się o zdarzeniu ubezpieczeniowym uzasadniającym zapłatę świadczenia. Wraz z powiadomieniem składa się dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia o zapłatę.
3. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o zapłatę świadczenia są w szczególności:
  - 1) w przypadku świadczenia z tytułu utraty zdolności do pracy:
    - a) kopia dokumentu wydanego przez lekarza albo organ rentowy we właściwy sposób stwierdzającego niezdolność Ubezpieczonego do pracy,
    - b) zaświadczenie pracodawcy lub organu rentowego stwierdzające, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu niezdolności do pracy;
  - 2) w przypadku świadczenia z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego:

- a) zaświadczenie wydane przez Powiatowy Urząd Pracy, stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako bezrobotny;
  - b) zaświadczenie wydane przez Powiatowy Urząd Pracy, stwierdzające, że Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla bezrobotnych;
  - c) kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania umowy o pracę, skutkującego utratą pracy przez Ubezpieczonego (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek utraty pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę);
  - d) kopia postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej z Ewidencji Działalności Gospodarczej);
  - e) decyzja Urzędu Gminy o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej (w przypadku osób, które nabyły status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej z Ewidencji Działalności Gospodarczej);
  - f) oświadczenie Ubezpieczonego, iż od utraty pracy nie wykazuje on żadnej aktywności zarobkowej.
4. Zasadność roszczeń o zapłatę świadczenia Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie, przedstawiając jednocześnie dokumenty, o których mowa odpowiednio w postanowieniach ust. 3, pkt 1 oraz pkt 2, litera a), b) oraz f).
  5. W celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu utraty zdolności do pracy Zakład Ubezpieczeń może zażądać od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Zakładu Ubezpieczeń, przez lekarza wyznaczonego przez Zakład Ubezpieczeń. Ubezpieczony nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

## **§ 10 WYPŁATA ŚWIADCZEŃ**

1. Świadczenia wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny ustalony z Ubezpieczonym sposób.
2. Zakład Ubezpieczeń zobowiązany jest zapłacić pierwszą ratę świadczenia w terminie trzydziestu dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od wyjaśnienia tych okoliczności. W takim przypadku Zakład Ubezpieczeń zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Kolejne raty świadczeń spełniane będą w terminach czternastodniowych, licząc od dnia, w którym staną się należne.

## **§ 11 PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY**

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

## **§ 12 SKARGI I ZAŻALENIA**

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Zakładu Ubezpieczeń lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Zakładu Ubezpieczeń.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Zakładu Ubezpieczeń, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Zakładowi Ubezpieczeń w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Zakład Ubezpieczeń rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.

## **§ 13 POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Zakładowi Ubezpieczeń zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia lub Umową Ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych Warunkach Ubezpieczenia stosuje się postanowienia Umowy Ubezpieczenia, przepisy kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa.

## **WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A.**

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A. zawartej dnia 4 stycznia 2006 roku, na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (po przeniesieniu portfela ubezpieczeń, na podstawie umowy zawartej pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zatwierdzonego decyzją Komisji Nadzoru Finansowego) świadczy ochronę ubezpieczeniową osobom, którym Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna udzielił kredytu gotówkowego (dalej „Umowa Ubezpieczenia”).

### **§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE**

Ilekrót poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Zakład Ubezpieczeń** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 2) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna;
- 3) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń a Ubezpieczającym;
- 4) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, której Ubezpieczający udzielił kredytu gotówkowego na podstawie umowy kredytowej;
- 5) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życia i zdrowia dotyczy Umowa Ubezpieczenia, objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
- 6) **Umowa kredytowa** – umowa o udzielenie kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, określająca wysokość oraz warunki spłaty kredytu gotówkowego;
- 7) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Zakładu Ubezpieczeń do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Umowy Ubezpieczenia, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – całkowita, trwała i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, potwierdzona przyznaniem przez właściwy organ rentowy prawa do renty stałej, zgodnie z przepisami dotyczącymi ubezpieczeń społecznych;
- 9) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego lub powstanie trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy;
- 10) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną, niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego.

### **§ 2 ZAWARCIE ORAZ CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Umowa Ubezpieczenia została zawarta w dniu 4 stycznia 2006 roku na czas nieoznaczony.
2. Każda ze stron Umowy Ubezpieczenia ma prawo wypowiedzieć ją w każdym czasie z zachowaniem okresu wypowiedzenia wskazanego w Umowie Ubezpieczenia. Umowa Ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.

### **§ 3 PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Zakładu Ubezpieczeń do zapłaty określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia świadczeń ubezpieczeniowych w razie:
  - 1) śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia;
  - 2) powstania w trakcie trwania okresu ubezpieczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

### **§ 4 OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia umowy kredytu ukończył 18 lat, i który w dniu zakończenia umowy kredytowej nie ukończy 65 lat, jeżeli wysokość kredytu udzielonego temu Kredytobiorcy nie przekracza kwoty 100 000 (sto tysięcy) złotych.
2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową jest ponadto wyrażenie przez niego w dniu złożenia wniosku o udzielenie kredytu zgody na objęcie ubezpieczeniem, co następuje poprzez złożenie Ubezpieczającemu stosownego wniosku w tym zakresie, oraz złożenie następujących oświadczeń:
  - 1) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie przez Zakład Ubezpieczeń jego danych osobowych jako administratora tych danych;
  - 2) o nieodwołalnym wyrażeniu zgody na przekazanie Zakładowi Ubezpieczeń informacji stanowiących tajemnicę bankową w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy Ubezpieczenia;
  - 3) o nieodwołalnym umocowaniu Zakładu Ubezpieczeń do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz weryfikacji podanych przez niego danych, oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z Umowy Ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń;
  - 5) o wyrażeniu zgody na przekazywanie i udostępnianie powyższych informacji Ubezpieczającemu, Uposażonemu lub innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia, w przypadkach kiedy obowiązek taki wynikał będzie z obowiązujących przepisów;
  - 6) o wyrażeniu zgody na wzajemne przekazanie pomiędzy Zakładem Ubezpieczeń oraz spółką BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. danych osobowych Ubezpieczonego oraz treści oświadczeń, jak również informacji o wysokości składek opłacanych z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia oraz Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A., a także na połączenie tych danych.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczonemu Warunków Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest potwierdzić objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową poprzez wydanie Certyfikatu.

### **§ 5 OKRES UBEZPIECZENIA**

1. W stosunku do każdego Ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu złożenia oświadczeń, o których mowa w § 4, nie wcześniej jednak niż w dniu udostępnienia środków finansowych w ramach zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytowej.

2. W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ochrona ubezpieczeniowa kończy się z chwilą:
  - 1) rozwiązania umowy kredytowej, w tym na skutek upływu okresu, na jaki ta umowa została zawarta;
  - 2) wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia;
  - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie, składając Ubezpieczającemu stosowne oświadczenie. Rezygnacja jest skuteczna od dnia, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa przysługująca danemu Ubezpieczonemu ulegnie zakończeniu z powodu wcześniejszego rozwiązania umowy kredytowej lub rezygnacji z ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje ustalony proporcjonalnie zwrot części składki opłaconej z tytułu ubezpieczenia tego Ubezpieczonego za okres od dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, na jaki umowa kredytowa została zawarta. Składka zwracana jest po przekazaniu przez Ubezpieczającego do Zakładu Ubezpieczeń danych, na podstawie których obliczona zostanie składka podlegająca zwrotowi.
5. Zwrot składki, o którym mowa w ustępie poprzedzającym, nie przysługuje, jeśli nastąpiło zakończenie ochrony ubezpieczeniowej na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, skutkującego wypłatą świadczenia.

## § 6

### ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Świadczenie ubezpieczeniowe należne w przypadku śmierci Ubezpieczonego jest równe kwocie, jaką wynosiłoby zadłużenie Ubezpieczonego z tytułu niespłaconego kredytu w dniu jego śmierci, gdyby spłacał raty kredytu zgodnie z harmonogramem spłat ustalonym przez Ubezpieczającego, powiększoną o odsetki należne za okres, który upłynął od momentu śmierci Ubezpieczonego do momentu zgłoszenia roszczenia przez Uposażonego lub inną osobę uprawnioną, nie wyższej jednak niż maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wskazana w Certyfikacie.
2. Część świadczenia stanowiąca odsetki należne za okres, który upłynął od momentu śmierci Ubezpieczonego do momentu zgłoszenia roszczenia, należna jest pod warunkiem zgłoszenia przez Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do roszczenia niezwłocznie po powzięciu wiadomości o śmierci Ubezpieczonego oraz o prawie do ubiegania się o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy Ubezpieczenia.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe należne z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest równe kwocie, jaką wynosiłoby zadłużenie Ubezpieczonego z tytułu niespłaconego kredytu w dniu orzeczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, gdyby Ubezpieczony spłacał raty kredytu zgodnie z harmonogramem spłat ustalonym przez Ubezpieczającego, nie wyższej jednak niż maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wskazana w Certyfikacie.

## § 7

### OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

1. W okresie sześciu miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej, rozpoznanych przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
2. W okresie jednego roku od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek próby samobójczej lub wskutek umyślnego samouszkodzenia ciała bądź umyślnego wywołania rozstroju zdrowia.
3. W okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przysługującej danemu Kredytobiorcy, Zakład Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wyłącznie w przypadku powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy na skutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy nie zostanie wypłacone przez Zakład Ubezpieczeń, jeżeli trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego powstanie:
  - 1) w jakimkolwiek związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
  - 2) w jakimkolwiek związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
  - 3) jako wynik udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: uprawiania sportów spadochronowych, sportów motorowych, szymbownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania z użyciem sprzętu płetwonurkowego;
  - 4) jako wynik udziału Ubezpieczonego w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;
  - 5) w jakimkolwiek związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
  - 6) jako bezpośredni lub pośredni skutek innych niż wskazane powyżej stanów chorobowych rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie sześciu miesięcy poprzedzających dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej Ubezpieczonemu. W szczególności uważa się, że w czasie przypadającym na okres sześciu miesięcy poprzedzających objęcie ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego leczony był dany stan chorobowy, jeśli w ciągu całego tego czasu lub jego części był uprawniony do otrzymywania jakiegokolwiek świadczenia o charakterze społecznym związanego z tym stanem chorobowym albo jeśli toczyło się postępowanie w sprawie przyznania mu takiego świadczenia.

## § 8

### TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ ORAZ WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń i wysokości świadczenia. Osoba dochodząca roszczenia o zapłatę świadczenia powinna udowodnić zajście zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia.
2. W celu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona zobowiązana jest złożyć następujące dokumenty:
  - 1) druk zgłoszenia roszczenia;
  - 2) odpis skrócony aktu zgonu oraz kopię karty zgonu;
  - 3) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej;
  - 4) inne dokumenty wskazane przez Zakład Ubezpieczeń.
3. W celu wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
  - 1) druk zgłoszenia roszczenia;
  - 2) kopię dokumentu wydanego przez organ rentowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, stwierdzającego trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
  - 3) inne dokumenty wskazane przez Zakład Ubezpieczeń.
4. W celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Zakład Ubezpieczeń może zażądać od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania

wykonane zostaną na koszt Zakładu Ubezpieczeń, przez lekarza wyznaczonego przez Zakład Ubezpieczeń. Ubezpieczony nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

- Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu.
- Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest Uposażonym. 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. Jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, 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.
- Świadczenie wypłacane jest w złotych przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania danego świadczenia.
- Zakład Ubezpieczeń wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń lub wysokości świadczenia nie było w tym terminie możliwe, Zakład Ubezpieczeń wypłaca świadczenie w ciągu 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. W takim przypadku Zakład Ubezpieczeń zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

## § 9

### 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.

## § 10

### SKARGI I ZAŻALENIA

- Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Zakładu Ubezpieczeń lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Zakładu Ubezpieczeń.
- Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Zakładu Ubezpieczeń, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Zakładowi Ubezpieczeń 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, Zakład Ubezpieczeń 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.

## § 11

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
- Wszelkie dokumenty, których przekazanie Zakładowi Ubezpieczeń zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia lub Umową Ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia stosuje się postanowienia Umowy Ubezpieczenia, przepisy kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa.

**Zdarzenia ubezpieczeniowe prosimy zgłaszać  
pracownikom infolinii BZ WBK-Aviva pod numerem**

**0801 888 188\***

**lub**

**022 557 44 71**

\*koszt połączenia zgodny z taryfą danego operatora.