

Ubezpieczenie na życie kredytobiorców

Szczególne Warunki Ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia - „Ubezpieczenie na życie kredytobiorców” (SWU), stosuje się w umowie ubezpieczenia zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A., zwane dalej **zakładem ubezpieczeń** z pośrednikiem kredytowym zwanym dalej **ubezpieczającym**.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – pośrednik kredytowy, zawierający umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, która zawarła z Bankiem za pośrednictwem ubezpieczającego umowę kredytu, która w dniu zawarcia umowy kredytu ukończyła 18 lat, i która podpisała deklarację uczestnictwa w umowie ubezpieczenia, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** - osobę, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie; uprawniony w rozumieniu niniejszych SWU, za zgodą ubezpieczonego, jest ubezpieczający; w trakcie trwania umowy kredytu wypłacone świadczenie zostaje przeznaczone na spłatę zobowiązań wynikających z umowy kredytu zawartej przez danego ubezpieczonego,
 - 4) **Bank** – podmiot uprawniony do wykonywania czynności bankowych zgodnie z ustawą Prawo Bankowe,
 - 5) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 6) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczeń zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, niezależne od woli ubezpieczonego,
 - 9) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, na podstawie których lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeka trwałą niezdolność do pracy. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do zakładu ubezpieczeń, z zastrzeżeniem § 2 ust. 5,
 - 10) **umowa kredytu** - umowa kredytu na zakup towarów i usług lub umowa kredytu gotówkowego zawierane za pośrednictwem ubezpieczającego pomiędzy Bankiem a ubezpieczonym, na podstawie których Bank udziela odpowiednio kredytu na zakup towarów i usług lub kredytu gotówkowego; przez umowę kredytu rozumie się wyłącznie umowę zawartą zgodnie z zasadami udzielania kredytu na zakup towarów i usług lub kredytu gotówkowego stanowiącymi załączniki do umowy ubezpieczenia,
 - 11) **harmonogram spłat** - zestawienie wysokości i terminów opłacania poszczególnych rat kredytu (kapitał wraz z odsetkami), ustalone w umowie kredytu, zgodnie z zasadami udzielania kredytu stanowiącymi załączniki do umowy ubezpieczenia;
 - 12) **pierwotny harmonogram spłat** – harmonogram spłat ustalony przy zawarciu umowy kredytu,
 - 13) **deklaracja uczestnictwa kredytobiorcy w umowie ubezpieczenia** - potwierdzenie przystąpienia osoby do umowy ubezpieczenia, zapoznania się wyżej wymienionej osoby z SWU i akceptacji SWU,
 - 14) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
 - 15) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w SWU.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są następujące zdarzenia: zgon ubezpieczonego oraz trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek.
4. W przypadku ubezpieczonych, którzy w dniu zawarcia umowy kredytu ukończyli 65 lat ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zgonu ubezpieczonego ograniczona jest do zdarzeń powstałych w wyniku wypadku.
5. W przypadku ubezpieczonych, którzy ukończyli 65 lat (zarówno w momencie zawarcia umowy jak i w trakcie jej trwania), odpowiedzialność w zakresie ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ograniczona jest do zdarzeń powstałych w wyniku wypadku, z zastosowaniem następującej definicji:
 - trwale zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, skutkujące zdaniem komisji lekarskiej zakładu ubezpieczeń trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości co najmniej 90% ustalonym na podstawie przyjętej przez zakład ubezpieczeń Tabeli norm oceny procentowej uszczerbku na zdrowiu.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych ustalana jest przy obejmowaniu ich ubezpieczeniem.
2. Suma ubezpieczenia jest zmienna w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej określonego ubezpieczonemu. Suma ubezpieczenia w danym dniu obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu odpowiada kapitałowi kredytu pozostającego do spłaty w tym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu kapitałowi kredytu pozostającemu do spłaty w tym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
3. Ubezpieczony przystępuje do ubezpieczenia na czas trwania umowy kredytu określony w pierwotnym harmonogramie spłat.
4. Objęcie ochroną ubezpieczeniową poszczególnych ubezpieczonych następuje na podstawie podpisanej przez ubezpieczonego deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.5-6.
5. Deklaracja uczestnictwa, o której mowa w ust. 4 może być złożona przez osobę przystępującą do ubezpieczenia w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, w momencie podpisania umowy kredytu.
6. Ubezpieczeniem objęci mogą być jedynie kredytobiorcy, którym udzielono kredytu lub kredytów w łącznej wysokości (bez względu na liczbę umów na podstawie których te kredyty zostały przyznane) nie przekraczającej 80 000 zł (dla jednej osoby) na okres nie przekraczający 84 miesięcy. Objęcie ubezpieczeniem kredytobiorców, którym udzielono kredytu (ów) w wyższej wysokości wymaga każdorazowo przekazania informacji przez ubezpieczającego do zakładu ubezpieczeń o zamiarze udzielenia takiego kredytu i otrzymania zgody zakładu ubezpieczeń udzielonej na piśmie.
7. Postanowienia ust. 6 nie mają zastosowania w przypadku, gdy dłuższy okres umowy kredytu jest związany z przesuniętym terminem spłaty pierwszej raty kredytu, o ile okres umowy kredytu nie przekroczy 85 miesięcy.
8. Wszystkie dane ubezpieczonych uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

1. Składka ustalona w umowie ubezpieczenia odpowiada ochronie ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie każdego ze zdarzeń oraz łącznie wszystkich zdarzeń objętych zakresem ubezpieczenia.
2. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych ubezpieczonych, ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składki na rzecz zakładu

ubezpieczeń, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych w terminach i wysokości określonej na zasadach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.

3. Składka płatna jest przez ubezpieczającego, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jednorazowo za cały czas trwania umowy kredytu zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez zakład ubezpieczeń.
4. Składka za danego ubezpieczonego obliczana jest na podstawie wysokości kwoty kredytu, stawki taryfowej i liczby rat udzielonego kredytu, zgodnie z umową ubezpieczenia.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości i terminie wynikających z umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
6. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za danego ubezpieczonego w całości, w przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie z 17 czerwca 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. Nr 126, poz. 715), pod warunkiem, że odstąpienie nastąpiło nie później, niż w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy kredytu.
7. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego ubezpieczonego przed upływem okresu na jaki zawarta została umowa kredytu ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych rozpoczyna się dnia następnego po podpisaniu przez ubezpieczonego deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu postawienia do dyspozycji ubezpieczonego środków z kredytu, pod warunkiem opłacenia składki na zasadach, o których mowa w § 5 niniejszych SWU.
2. W przypadku niezapłacenia składki na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec każdego z ubezpieczonych kończy się w dniu zajścia któregokolwiek z poniższych zdarzeń:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 3 niniejszych SWU,
 - 2) rozwiązania umowy kredytu, z zastrzeżeniem ust. 4 - 6
 - 3) zajścia któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do ubezpieczonego,
 - 4) z dniem odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie z dnia 17 czerwca 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz.U. Nr 126, poz. 715),
 - 5) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia w trybie określonym w § 9 ust. 5, z zastrzeżeniem ust. 6 ,
 - 6) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytu jako pierwotny termin spłaty ostatniej raty kredytu, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczający odracza ubezpieczonemu termin spłaty kredytu, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń trwa do dnia całkowitej spłaty kredytu, nie dłużej jednak niż przez sześć miesięcy od daty przewidzianej w umowie kredytu jako pierwotny termin spłaty ostatniej raty kredytu, zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat.
5. Jeżeli umowa kredytu zostaje rozwiązana z powodu zaprzestania przez ubezpieczonego spłat rat kredytu, to odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie ustaje w dniu rozwiązania umowy kredytu, lecz trwa dalej do faktycznego zaspokojenia wierzytelności z umowy kredytu bez względu na sposób jej zaspokojenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 pkt. 3), nie dłużej jednak niż do dnia, w którym zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat kredytu ubezpieczony powinien był spłacić ostatnią ratę kredytu.
6. Jeżeli umowa kredytu zostaje rozwiązana w terminie innym niż wynika z pierwotnego harmonogramu spłat (np. wcześniejsza całkowita spłata kredytu) to odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się w dniu płatności najbliższej następnej raty kredytu wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłat.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wskutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,

- 3) wskutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 5 ust. 5 – z upływem dodatkowego terminu.
2. Od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową osób, zgłaszanych do ubezpieczenia po tym dniu.
3. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w stosunku do osób objętych ubezpieczeniem przed dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia trwa nadal, pod warunkiem opłacenia składki w odniesieniu do każdego z tych ubezpieczonych w terminie wynikającym z umowy ubezpieczenia, i kończy się w jednym z przypadków określonych w § 6 ust. 3 pkt 2) - 3) pkt 5) – 6) oraz ust. 4.
4. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem wszystkich ubezpieczonych, za których do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia nie została przekazana składka, wygasa najpóźniej z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez ważnego powodu, na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
4. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do zakładu ubezpieczeń.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ (PRZYSTĄPIENIE) NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia ubezpieczający może zgłosić osobę przystępującą do ubezpieczenia spełniającą warunki ubezpieczenia lub występującą z ubezpieczenia na podstawie list, o których mowa w ust.6.
2. Ubezpieczony może przystąpić do ubezpieczenia wyłącznie w dacie zawierania umowy kredytu i na okres nie dłuższy niż czas trwania umowy kredytu określony w pierwotnym harmonogramie spłat. Wcześniejsza całkowita spłata kredytu – w stosunku do terminów określonych w pierwotnym harmonogramie spłat – powoduje ustanie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez zakład ubezpieczeń, z zastrzeżeniem zapisów zawartych w § 6 ust. 3 – 6.
3. Do ubezpieczenia może przystąpić osoba, której wysokość całkowitego zadłużenia wynikającego z zawieranej umowy kredytu albo łącznego zadłużenia uwzględniającego nowo zawieraną umowę kredytu i już zawarte umowy kredytu, nie przekracza kwoty 80 000 PLN.
4. Za osobę przystępującą do ubezpieczenia uważa się osobę, która złożyła ubezpieczającemu oświadczenie o zgodzie na objęcie ją ochroną ubezpieczeniową (deklarację uczestnictwa w umowie ubezpieczenia) w dacie zawierania umowy kredytu, wymienioną na liście osób przystępujących, o której mowa w ust.6.
5. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę zgłoszoną przez ubezpieczającego (w tym osobę, która złożyła oświadczenie o cofnięciu zgody na objęcie ją ochroną ubezpieczeniową), wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust.6.
6. Ubezpieczający w terminie do 2-ego dnia każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia, dostarcza zakładowi ubezpieczeń listę osób przystępujących do ubezpieczenia w poprzednim miesiącu i listę osób występujących z ubezpieczenia w poprzednim miesiącu ze skutkiem na dzień zapłaty najbliższej następnej raty kredytu określonej w pierwotnym harmonogramie spłaty kredytu po dniu złożenia oświadczenia, o którym mowa w ust.5.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 10

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

- 5) zarażenia się wirusem HIV,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, alpinizm jaskiniowy, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie, kolarstwo górskie, kajakarstwo, kanadyjkarstwo,
 - 8) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - 9) zatruciem/działaniem/pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową.
 - 11) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową).
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń wymienionych w § 2 ust.3, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia przez danego ubezpieczonego lub wypadek zaistniały przed tym dniem.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 11

1. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia, według jej stanu na dzień zgonu ubezpieczonego oraz odsetek, o których mowa w ust. 3.
2. Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu i jest ono równe sumie ubezpieczenia na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy oraz odsetek, o których mowa w ust. 3. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie zakładu ubezpieczeń równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Zakład ubezpieczeń nie ponosi jednak odpowiedzialności, jeżeli w pierwszym dniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczony nie prowadził działalności mającej na celu osiągnięcie przychodu z tytułu jej wykonywania, w tym w szczególności nie pozostawał w stosunku pracy.
3. Odsetki, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, obliczane są przez zakład ubezpieczeń, według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej, od pozostającego do spłaty kapitału kredytu za okres od daty płatności ostatniej raty kredytu zgodnej z harmonogramem, której data była wcześniejsza od daty zajścia zdarzenia, do daty wypłaty świadczenia przez zakład ubezpieczeń z tytułu zgonu lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, jednak nie dłuższy niż 90 dni. Na potrzeby obliczania odsetek za dzień wypłaty świadczenia rozumie się dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń.
4. W przypadku, gdy ubezpieczony posiada więcej niż jedną umowę kredytu, łączne świadczenie z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do danego ubezpieczonego nie może być większe niż kwota 80 000 PLN. Do kwoty łącznego świadczenia brane są pod uwagę wszystkie zawarte umowy kredytu, z tytułu których ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia.

§ 12

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie złożonego przez uprawnionego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia. Koszty przeprowadzenia badań, ponosi zakład ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, w szczególności:
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (kartę zgonu),
 - c) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - d) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, pierwotny harmonogram spłat)
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia ubezpieczonego,
 - b) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - c) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5,
 - d) dokument potwierdzający, czy ubezpieczony w pierwszym dniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy prowadził działalność mającą na celu osiągnięcie przychodu z tytułu jej wykonywania,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, pierwotny harmonogram spłat).
5. W przypadku gdy informacja o prawie do świadczenia, o której mowa w ust. 4 pkt 1 lit.d, ust. 4 pkt 2 lit. c stanowi część treści wniosku o wypłatę świadczenia, obowiązek złożenia informacji, o której mowa w ust. 4 powyżej na stosownym formularzu nie stosuje się.
6. Gdyby w terminie określonym w ust. 4 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia zakład ubezpieczeń wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
8. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku uprawnionego, na rzecz którego świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek i inne należności zakładu ubezpieczeń wynikające z umowy ubezpieczenia wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. W sytuacji, o której mowa w art. 832 §2 kodeksu cywilnego, suma ubezpieczenia przypada ubezpieczającemu.
11. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
12. Roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone na drodze sądowej.
13. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 13

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić zakładowi ubezpieczeń uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie zakładu ubezpieczeń badaniu przez lekarzy wskazanych przez zakład ubezpieczeń lub obserwacji klinicznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności.
2. Zakład ubezpieczeń oraz Ubezpieczający zobowiązani są do powiadomienia się wzajemnie o zmianie siedziby, adresu oraz innych danych niezbędnych do realizacji umowy ubezpieczenia.
3. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia, o których mowa w ust.3, przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 15

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub zdarzenie otrzymał na piśmie oświadczenie zakładu ubezpieczeń o przyznaniu lub odmowie świadczenia.

§ 16

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze SWU, właściwym jest prawo polskie.

za zakład ubezpieczeń

za Ubezpieczającego