

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 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 SWU jest Żagiel S.A. albo osoba, o której mowa w § 10 ust. 6 i ust. 8 SWU; w trakcie trwania umowy kredytu wypłacone świadczenie zostaje przeznaczone na spłatę zobowiązań wynikających z umowy kredytu zawartej przez danego ubezpieczonego,
 - 4) **Bank** – Kredyt Bank S.A.
 - 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** - nagłe 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 załącznik do umowy ubezpieczenia; pierwotny harmonogram spłat - harmonogram spłat ustalony przy zawarciu umowy kredytu
 - 12) **deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia** - potwierdzenie przystąpienia osoby do umowy ubezpieczenia, zapoznania się wyżej wymienionej osoby z SWU i akceptacji SWU,
 - 13) **szpital** - działający zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych SWU nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
 - 14) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),

- 15) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 16) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 17) **pobyt w szpitalu wymagający przeprowadzenia operacji** - pobyt ubezpieczonego w szpitalu w związku z koniecznością poddania się operacji, trwający nieprzerwanie co najmniej 40 dni, w trakcie którego przeprowadzono ubezpieczonemu operację,
- 18) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty
- 19) **rejestr poważnych zachorowań** – „Rejestr Poważnych Zachorowań ŻAGIEL” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 20) **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań wymienionych w rejestrze poważnych zachorowań.

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, trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek, pobyt w szpitalu wymagający przeprowadzenia operacji oraz wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
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:
 - trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, skutkujące zdaniem komisji lekarskiej ubezpieczyciela trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości co najmniej 90% ustalonym na podstawie przyjętej przez ubezpieczyciela 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. Wcześniejsza całkowita spłata kredytu – w stosunku do terminów określonych w pierwotnym harmonogramie spłat – nie powoduje ustania ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez zakład ubezpieczeń.
 4. Objęcie ochroną ubezpieczeniową poszczególnych ubezpieczonych następuje na podstawie podpisanej przez ubezpieczonego deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia.
 5. Deklaracja uczestnictwa, o której mowa w ust. 4 może być złożona 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. Wszystkie dane ubezpieczonych uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

1. 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.
2. 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.
3. Składka za danego ubezpieczonego obliczana jest na podstawie wysokości kwoty kredytu, stawki taryfowej i liczby rat udzielonego kredytu, zgodnie z umową ubezpieczenia.
4. 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.
5. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za danego ubezpieczonego w całości, w przypadku odstąpienia przez ubezpieczonego od umowy kredytu w trybie wskazanym w ustawie z dnia 20 lipca 2001 r. o kredycie konsumenckim (Dz. U. z 2001 r. Nr 100, poz. 1081 z późn. zm.), pod warunkiem, że odstąpienie nastąpiło nie później, niż w terminie 10 dni od dnia zawarcia umowy kredytu. W przypadku zajścia w ww okresie, zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową zakładu ubezpieczeń i wypłaty świadczenia ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki za okres ponoszonej przez zakład ubezpieczeń odpowiedzialności.

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, z zastrzeżeniem ust. 9.
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 któregośkolwiek z poniższych zdarzeń:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 3 niniejszych SWU,
 - 2) rozwiązania umowy kredytu, z zastrzeżeniem ust. 5 i 11,
 - 3) zajścia któregośkolwiek ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do ubezpieczonego,
 - 4) 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. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, ustalonym zgodnie z ust.1-2, lub wypadku zaistniałego po tym dniu, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu wymagającego przeprowadzenia

operacji w ciągu pierwszych 60 dni licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, ustalonego zgodnie z ust.1-2, oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 60 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, ustalonego zgodnie z ust.1-2, a kończącego się po tym okresie.

8. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu wymagający przeprowadzenia operacji rozpoczął się w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, a zakończył się po tym okresie świadczenie nie przysługuje.
9. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia podpisania przez ubezpieczonego umowy kredytu, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień ust 10.
10. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie występowały u ubezpieczonego przed podpisaniem umowy kredytu.
11. Jeżeli umowa kredytu zostaje rozwiązana w terminie innym niż wynika z pierwotnego harmonogramu spłat (np. wcześniejsza całkowita spłata kredytu) to odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie ustaje w dniu rozwiązania umowy kredytu, lecz trwa dalej do upływu terminu spłaty kredytu określonego w pierwotnym harmonogramie 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. 4 – 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) - 4) i 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 lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek oraz wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania 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) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
-

- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, 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,
 - 7) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - 8) zatruciem/działaniem/pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową.
 - 10) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową)
 - 11) zakażeniem się wirusem HIV.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 1 oraz w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
 - 3) ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 6) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 7) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 8) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 9) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.
3. 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

§ 10

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. 9, z zastrzeżeniem ust.6.
 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. 9. 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. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia, według jej stanu na pierwszy dzień pobytu w szpitalu oraz odsetek, o których mowa w ust. 9.
 4. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji przysługuje, jeżeli w następstwie wypadku lub choroby zaistniałych po raz pierwszy po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonego, ubezpieczony podlega pobyty w szpitalu wymagającemu przeprowadzenia operacji.
 5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zaakceptowania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia oraz odsetek, o których mowa w ust. 9.
-

6. W przypadku rozwiązania umowy kredytu przed terminem określonym w pierwotnym harmonogramie spłat (np. wcześniejszą całkowitą spłatą kredytu) świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym, o których mowa poniżej (w następującej kolejności), z zastrzeżeniem ust.8:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
7. Jeżeli uprawniony, o którym mowa w ust. 6 umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 6.
8. W przypadku rozwiązania umowy kredytu przed terminem określonym w pierwotnym harmonogramie spłat (np. wcześniejszą całkowitą spłatą kredytu) świadczenia z tytułu: trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek, pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji oraz wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu.
9. Odsetki, o których mowa w ust.1 – 2 i ust.5, 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 lub pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji lub wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, jednak nie dłuższy niż 90 dni. Za dzień wypłaty świadczenia uznaje się dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń.

§ 11

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, wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Koszty przeprowadzenia badań, o których mowa w ust. 3, ponosi zakład ubezpieczeń.
5. Uprawniony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
6. 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 (wraz z harmonogramem spłat), z zastrzeżeniem § 11 ust. 6a,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna)
 - 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 (wraz z harmonogramem spłat), z zastrzeżeniem § 11 ust. 6a,
 - 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).
- 3) w przypadku pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji:
 - a). deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - b). kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - c). informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia (wraz z harmonogramem spłat), z zastrzeżeniem § 11 ust. 6a,
 - d). inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy),
 - 4) w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania:
 - a) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - b) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia (wraz z harmonogramem spłat), z zastrzeżeniem § 11 ust. 6a,
 - c) dokumentacja medyczna dotycząca leczenia zachorowania (np. wynik badania histopatologicznego, historia choroby).
- 6a. W przypadku gdy informacja o prawie do świadczenia, o której mowa w: ust. 6 pkt 1 lit d, ust. 6 pkt 2 lit c, ust. 6 pkt 3 lit c, ust. 6 pkt 4 lit b stanowi część treści wniosku o wypłatę świadczenia, obowiązek złożenia informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej na stosownym formularzu nie stosuje się.
7. Gdyby w terminie określonym w ust. 6 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela 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 ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę.
 8. W razie odmowy wypłaty świadczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
 9. 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.
 10. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiekolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń o wartość zaległości z tytułu opłacania składek i inne należności zakładu ubezpieczeń wynikające z umowy ubezpieczenia wraz z należnymi odsetkami, jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
 11. W sytuacji, o której mowa w art. 832 §2 kodeksu cywilnego, suma ubezpieczenia przypada ubezpieczającemu.
 12. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 12

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.

§ 13

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w § 12, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

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. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego 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.
6. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU zakład ubezpieczeń wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 15

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

Rejestr Poważnych Zachorowań „ŻAGIEL”

§ 1

Niniejszy rejestr określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) przeszczep dużych narządów,
- 2) paraliż,
- 3) utrata kończyn,
- 4) ślepota,
- 5) głuchota,
- 6) utrata mowy
- 7) oparzenia,
- 8) śpiączka.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 2

Za **przeszczep dużych narządów** uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

1. serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub,
2. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

PARALIŻ

§ 3

Za **paraliż** uważa się całkowitą, nieodwracalną utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 4

Za **utratę kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz jednoczasową utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

ŚLEPOTA

§ 5

Za **ślepotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ślepotą nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

GŁUCHOTA

§ 6

Za **głuchotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków wskutek nagłej choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z wynikiem badania audiometrycznego. Głuchota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

UTRATA MOWY

§ 7

Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub urazu przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Utrata mowy nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 8

Za **oparzenia** uważa się uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŚPIĄCZKA

§ 9

Za **śpiączkę** uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne trwający nieprzerwanie, wymagający zastosowania aparatury podtrzymującej życie, przez okres co najmniej 96 godzin, powodujący trwały deficyt neurologiczny potwierdzony przez specjalistę neurologa. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.