

# Warunki Ubezpieczenia na Życie Posiadaczy Kart Kredytowych Alior Bank SA

KOD: KK-ALR 01/12

## I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

Terminy użyte w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **całkowita trwała niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie decyzji organu rentowego (ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie) i dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitej i trwałe charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiejkolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód;
- 2) **cykl rozliczeniowy** - powtarzający się systematycznie co najmniej jednokrotnie w danym miesiącu kalendarzowym okres czasu, po upływie którego Alior Bank SA generuje wyciąg z karty; dzień zakończenia cyklu wybiera Posiadacz karty;
- 3) **deklaracja zgody** - pisemne oświadczenie Posiadacza karty o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem, stanowiące załącznik do umowy o korzystanie z karty i składane przy jej zawieraniu;
- 4) **karta** - kartę kredytową typu: Alior Bank Mastercard Silver, Alior Bank Mastercard Gold, Alior Bank Mastercard Platinum, wydaną przez Ubezpieczającego;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzenia ciała lub zmysłu Ubezpieczonego;
- 6) **Posiadacz karty** - osobę fizyczną, która zawarła z Ubezpieczającym umowę o korzystanie z karty;
- 7) **rachunek karty** - administrowany przez Ubezpieczającego rachunek Posiadacza karty, na którym rozliczane są transakcje dokonywane przy użyciu karty;
- 8) **rocznica ubezpieczenia** - 1 listopada każdego roku kalendarzowego;
- 9) **saldo zadłużenia** - saldo zadłużenia na rachunku karty;
- 10) **trwałe inwalidztwo** - powstałe na skutek nieszczęśliwego wypadku:
  - a) całkowitą fizyczną utratę lub całkowitą i trwałą utratę władzy nad kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
  - b) całkowitą fizyczną utratę kciuka, palca wskazującego innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,

- c) całkowitą utratę: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu; trwałe inwalidztwo stwierdza się na podstawie dokumentacji lekarskiej, zaś za dzień wystąpienia trwałego inwalidztwa przyjmuje się datę zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- 11) **Ubezpieczający/Alior Bank SA** - Alior Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskich 94;
- 12) **ubezpieczenie/ochrona ubezpieczeniowa** - odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego polegająca na zobowiązaniu do zapłaty określonego w warunkach ubezpieczenia świadczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 13) **Ubezpieczony** - Posiadacz karty objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia;
- 14) **Ubezpieczyciel/Ergo Hestia SA** - Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1;
- 15) **umowa ubezpieczenia** - Umowa ubezpieczenia na życie posiadaczy kart kredytowych Alior Bank SA zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 16) **Uposażony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczającego za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 17) **uprawniona transakcja** - użycie karty za wiedzą i zgodą Ubezpieczonego przez osobę do tego uprawnioną, powodującą zmianę salda rachunku karty;
- 18) **Uprawniony** - Ubezpieczonego, Ubezpieczającego, Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do świadczenia ubezpieczeniowego;
- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - odpowiednio jedno ze zdarzeń wskazanych w § 2 ust. 2 poniżej powodujące powstanie zobowiązania Ubezpieczyciela polegającego na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.

## II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w zakresie określonym w dalszej części niniejszych Warunków Ubezpieczenia, jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem ubezpieczenia objęty jest zgon Ubezpieczonego oraz na zasadach określonych w § 4: całkowita trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego albo trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

### III. OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

#### § 3

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty Posiadacz karty, który w dacie składania deklaracji zgody będzie miał ukończony 18 rok życia i jednocześnie nie będzie miał ukończonego:
  - 1) 80 roku życia - w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego,
  - 2) 65 roku życia - w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem § 4 ust. 1 i 2.
2. Ubezpieczeniem może zostać objęty Posiadacz karty z limitem zadłużenia rachunku karty nie wyższym niż 80.000 zł. Objęcie ubezpieczeniem Posiadacza karty z limitem zadłużenia rachunku karty wyższym niż określony w zdaniu poprzedzającym każdorazowo wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczeniem nie są objęci posiadacze kart dodatkowych wydanych przez Ubezpieczającego w ramach umowy o korzystanie z karty.

#### § 4

1. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy objęci są Posiadacze karty, którzy w dniu objęcia ubezpieczeniem:
  - 1) jest zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym i
  - 2) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego.
2. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku objęci są Posiadacze karty, którzy w dniu objęcia ubezpieczeniem:
  - 1) jest niezdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym i ma ustalone prawo do renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego, albo
  - 2) ma ustalone prawo do emerytury z ubezpieczenia społecznego.
3. Ubezpieczony, który w okresie trwania umowy o korzystanie z karty spełnił którykolwiek z przesłanek do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, wymienioną w ust. 2 powyżej, objęci są ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, począwszy od dnia, w którym spełnił którykolwiek z przesłanek, wymienionych w ust. 2 powyżej. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy ustaje z końcem dnia poprzedzającego dzień, o którym mowa w zdaniu poprzednim.

### IV. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

#### § 5

1. Wysokość miesięcznej składki ubezpieczeniowej, należnej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, uzależniona jest od salda zadłużenia z ostatniego dnia cyklu rozliczeniowego na rachunku karty oraz aktualnie obowiązującej stawki za ubezpieczenie.
2. W przypadku Posiadaczy karty odpowiedzialnych solidarnie za zobowiązania z tytułu korzystania z danej karty, zgodnie z umową o korzystanie z karty zawartej z Alior Bankiem SA, saldo zadłużenia z ostatniego dnia cyklu rozliczeniowego na rachunku karty,

będącego podstawą obliczenia wysokości należnej miesięcznej składki z tytułu umowy ubezpieczenia, ustala się dzieląc saldo zadłużenia z ostatniego dnia cyklu rozliczeniowego na rachunku karty proporcjonalnie do ilości Posiadaczy danej karty.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej opłacana jest przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Ubezpieczyciela z częstotliwością miesięczną.

### V. SUMA UBEZPIECZENIA - WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

#### § 6

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, wysokość sumy ubezpieczenia równa jest wysokości salda zadłużenia, powiększonego o uprawnione transakcje nieujęte w saldzie zadłużenia a dokonane przed datą wskazaną w § 7 ust. 1 i 2 oraz:
  - 1) odsetki (według przewidzianej umową o korzystanie z karty stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności za okres od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni,
  - 2) odsetki (według przewidzianej umową o korzystanie z karty stopy procentowej) od przeterminowanych należności za okres od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni,
  - 3) inne opłaty i prowizje (w tym m. in. koszty związane z obsługą i windykacją kwoty zadłużenia) za okres od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni.
2. W sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 2 powyżej, każdy z Posiadaczy karty, spełniających kryteria wieku określone w § 3 ust. 1 powyżej, objęci są ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w niniejszych warunkach ubezpieczenia, a suma ubezpieczenia w odniesieniu do danego ubezpieczonego Posiadacza karty jest równa sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 podzielonej przez liczbę ubezpieczonych Posiadaczy karty. Liczba objętych ubezpieczeniem Posiadaczy danej karty nie może przekroczyć 4.
3. Przy wypłacie świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego brana jest pod uwagę wysokość sumy ubezpieczenia obowiązująca w dacie, o której mowa w § 7 ust. 1 i 2.

#### § 7

1. Z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 12 w przypadku zgonu Ubezpieczonego albo całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uprawnionemu sumy ubezpieczenia, przy czym do jej wyznaczenia brane jest pod uwagę saldo zadłużenia aktualne na koniec dnia poprzedzającego odpowiednio dzień zgonu Ubezpieczonego, bądź dzień orzeczenia całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Dla powstania prawa Ubezpieczonego do świadczenia z tytułu trwałej niezdolności do pracy nie jest wymagane, aby termin upływu minimalnego okresu 12 miesięcy niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie przypadła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, o ile termin

minimum 12 miesięcy niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie rozpoczął bieg w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 12 w przypadku trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uprawnionemu (z zachowaniem pozostałych zasad opisanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia), określonego w ust. 6 procentu sumy ubezpieczenia, przy czym do jej wyznaczenia brane jest pod uwagę saldo zadłużenia aktualne na koniec dnia poprzedzającego dzień, w którym nastąpił nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałego inwalidztwa.

3. Z zastrzeżeniem § 12 w przypadku Ubezpieczonych będących odpowiedzialnymi solidarnie za zobowiązania z tytułu umowy o korzystanie z karty kredytowej, wysokość świadczenia należnego jednemu Ubezpieczonemu równa jest kwocie świadczenia, o którym mowa w ust. 1-3 powyżej, podzielonej przez liczbę objętych ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonych będących odpowiedzialnymi solidarnie za zobowiązania z tytułu umowy o korzystanie z karty.

4. Obowiązek Ubezpieczyciela, określony w ust. 1 - 2, powstaje z datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty tego wypadku.

6. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu procent sumy ubezpieczenia odpowiadający procentowi trwałego inwalidztwa przypisanemu poniżej do danego zdarzenia:

| 1) | Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami | % trwałego inwalidztwa |
|----|---|------------------------|
| a) | kończyną górną - w stawie barkowym  | 70%                    |
| b) | kończyną górną - powyżej stawu łokciowego   | 65%                    |
| c) | kończyną górną - poniżej stawu łokciowego   | 60%                    |
| d) | kończyną górną - poniżej nadgarstka   | 55%                    |
| e) | kończyną dolną - powyżej środkowej części uda   | 70%                    |
| f) | kończyną dolną - poniżej środkowej części uda   | 60%                    |
| g) | kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego   | 50%                    |
| f) | kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)  | 45%                    |
| i) | kończyną dolną - stopą  | 40%                    |
| j) | kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty  | 30%                    |
| 2) | Całkowita fizyczna utrata   | % trwałego inwalidztwa |
| a) | kciuka  | 15%                    |
| b) | palca wskazującego  | 10%                    |

|    |                      |                        |
|----|----------------------|------------------------|
| c) | innego palca u ręki  | 5%                     |
| d) | palucha              | 5%                     |
| e) | innego palca u stopy | 2%                     |
| 3) | Całkowita utrata     | % trwałego inwalidztwa |
| a) | wzroku w obu oczach  | 100%                   |
| b) | wzroku w jednym oku  | 50%                    |
| c) | słuchu w obu uszach  | 60%                    |
| d) | słuchu w jednym uchu | 30%                    |
| e) | węchu                | 10%                    |

7. Jeżeli trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 6, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia równe sumie kwot określonych w ust. 6, z zastrzeżeniem ust. 8 - 10.

8. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń, określonych w ust. 6, w okresie obejmowania Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia. W przypadku, kiedy wskutek dwóch lub więcej następujących po sobie zdarzeń trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego ustalone zostanie na poziomie co najmniej 100%, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z dnia wystąpienia ostatniego z tych zdarzeń.

9. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci najwyższe ze świadczeń wskazanych w ust. 6, które dotyczą tego narządu.

10. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu Ubezpieczonego, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 6 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszony o procent świadczenia wcześniej wypłaconego.

## VI. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

### § 8

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w wyniku:

- 1) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w ciągu pierwszych osiemnastu miesięcy od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową (w przypadku zgonu Ubezpieczonego),
- 2) aktów wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu oraz czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) działania Ubezpieczonego, w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy użycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 5) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie oraz

napromieniowania (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową Ubezpieczonego),

6) następstw i konsekwencji chorób Ubezpieczonego, które przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela zostały zdiagnozowane przez lekarza, były leczone lub których objawy występowały przed tym dniem,

7) następstw i konsekwencji wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,

8) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem,

9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),

10) udziału przez Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka oraz w przygotowaniach do nich, przy czym za zajęcia rekreacyjne lub sportowe o wysokim stopniu ryzyka uważa się: spadochroniarstwo, wspinaczkę górską w górach wysokich powyżej 1.500 m n.p.m. (z wyjątkiem wspinaczki skalnej oraz zorganizowanego pobytu w górach wysokich powyżej 1.500 m n.p.m. pod kierunkiem przewodnika turystycznego posiadającego uprawnienia przewodnika górskiego dla określonego obszaru górskiego w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (j. t. Dz. U. z 2004r., Nr 223, poz. 2268 ze zm.) lub pobytu organizowanego przez przedsiębiorcę wykonującego działalność gospodarczą w zakresie organizowania imprez turystycznych wpisanego do rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych z wykorzystaniem atestowanego sprzętu wspinaczkowego, przy zachowaniu powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa), speleologię, żeglarstwo morskie, rafting nurkowanie (z wyjątkiem nurkowania do głębokości 25 metrów przy zachowaniu zasad dobrego nurkowania oraz powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa oraz szczególnych zasad bezpieczeństwa obowiązujących w nurkowaniu oraz przy posiadaniu uprawnień nurkowych wydawanych przez organizacje nurkowe i przy wykorzystaniu atestowanego sprzętu), jak również kaskaderstwo, parkour, sporty lotnicze; zajęciem rekreacyjnym lub sportowym o wysokim stopniu ryzyka nie jest m. in. rekreacyjne uprawianie windsurfingu, jazda na rowerze, gra w piłkę nożną, siatkówka lub koszykówka, żeglarstwo śródlądowe, pływanie rekreacyjne, narciarstwo i snowboard;

11) uczestnictwa przez Ubezpieczonego w ruchu powietrznym samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera,

12) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia Ubezpieczonego wirusem HIV bądź pochodnymi,

13) próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego na jego prośbę,

14) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń Ubezpieczonego wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego - w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek całkowitej trwałej niezdolności do pracy i trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku.

## VII. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

### § 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa, a tym samym odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, rozpoczyna się z dniem pierwszego użycia karty i pod warunkiem złożenia przez Posiadacza karty deklaracji zgody.

2. Odstąpienie przez Ubezpieczonego od umowy o korzystanie z karty, w terminie określonym w tej umowie, skutkuje jednoczesną rezygnacją z ubezpieczenia.

### § 10

1. Umowa ubezpieczenia zawarta jest do dnia poprzedzającego rocznicę ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający i Ubezpieczyciel mogą odnawiać umowę ubezpieczenia na kolejne okresy liczone od rocznicy ubezpieczenia do dnia poprzedzającego kolejną rocznicę ubezpieczenia.

3. W razie odnowienia umowy ubezpieczenia na zmienionych zasadach, dla objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową wymagana jest jego uprzednia zgoda. W razie braku zgody Ubezpieczonego, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do niego kończy się z dniem rozwiązania dotychczasowej umowy ubezpieczenia.

### § 11

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:

- 1) w dacie zgonu Ubezpieczonego, z zachowaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela za zgon Ubezpieczonego,
- 2) z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych w ppkt a) - c) poniżej, wystąpi jako pierwsze:
  - a) w dacie wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
  - b) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia,
  - c) z dniem nabycia prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego,
- 3) z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych w ppkt a) i b) poniżej, wystąpi jako pierwsze:
  - a) w dacie wypłaty świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku ustalonego na poziomie 100% - zgodnie z § 7 ust. 5 - 8,
  - b) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia,
  - 4) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 80 rok życia,
  - 5) z dniem rozwiązania umowy o korzystanie z karty,
  - 6) w przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej mimo upływu dodatkowego terminu zapłaty, jaki Ubezpieczyciel wyznaczył Ubezpieczającemu - z końcem tego terminu,
  - 7) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

### § 12

W odniesieniu do Ubezpieczonych będących odpowiedzialnymi solidarnie za zobowiązania z tytułu umowy o korzystanie z karty - zakończenie ochrony ubezpieczeniowej udzielanej jednemu z nich, nie powoduje zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej pozostałym Ubezpieczonym. W sytuacji określonej w zdaniu pierwszym wysokość świadczenia należnego



danemu Ubezpieczonemu (spośród kontynuujących ochronę ubezpieczeniową) równa jest kwocie świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1-2 powyżej, podzielonej przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych kontynuujących ochronę ubezpieczeniową. Postanowienia zdań poprzedzających mają zastosowanie począwszy od dnia następującego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu rezygnującemu z tej ochrony ubezpieczeniowej, jednocześnie mając na uwadze postanowienia § 5 ust. 2.

## IX. DOKUMENTY POTRZEBNE DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA

### § 13

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego dokumenty potrzebne do ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczenia to:

- 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Ubezpieczającego),
- 2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu), chyba że nieprzedstawienie wymienionego dokumentu będzie wynikało z przyczyn niezależnych od Alior Banku SA,
- 3) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub właściwe władze.

2. W przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, dokumenty potrzebne do ustalenia zasadności roszczenia i wypłaty świadczenia to:

- 1) wypełniony formularz Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są w placówkach Ubezpieczającego),
- 2) oryginał lub potwierdzona kopia decyzji organu rentowego o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy,
- 3) dokumentacja medyczna określająca przyczynę całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
- 4) dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku,
- 5) dokumentacja medyczna określająca rodzaj uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, kwalifikowanego zgodnie z § 1 pkt 10) jako trwałe inwalidztwo.

3. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1 i 2, o ile będzie to konieczne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, o dokumentach tych Ubezpieczyciel informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.

4. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 - 3 powyżej, winny być dostarczone Ubezpieczycielowi na koszt Ubezpieczonego.

5. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 - 3 powyżej, wystawiane poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, winny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt Ubezpieczonego i w takiej formie przedłożone Ubezpieczycielowi.

## IX. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

### § 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonemu jednorazowo świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 7 ust. 1.

2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie może zostać wypłacone Uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.

3. Uprawnionym do świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest Ubezpieczony, który może przejąć prawa do tych świadczeń na Ubezpieczającego, na podstawie umowy cesji zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym.

4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku.

5. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 4 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 4 powyżej.

6. Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

7. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 6, określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.

8. Ubezpieczony obowiązany jest umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji odnoszących się do okoliczności zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską, pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia.

9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym Uposażonego na piśmie w terminie określonym odpowiednio w ust. 5 albo ust. 6, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty.

10. Wypłata świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.

11. Świadczenie należne Uprawnionemu uważa się za wypłacone w dacie uznania rachunku Uprawnionego pełną należną kwotą świadczenia.

## X. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 15

Wszelkie rozliczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych dokonywane są w złotych polskich.

### § 16

Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczyciela, Ubezpieczonego powinny być składane na piśmie.

#### **§ 17**

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

#### **§ 18**

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające ze stosunku ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

#### **§ 19**

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

#### **§ 20**

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika Ubezpieczyciela w terminie 30 dni, po przesłaniu ich drogą pisemną na adres siedziby Ubezpieczyciela: 80-731 Sopot, ul. Hestii 1, bądź też mogą być kierowane do Miejskiego i Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
2. Po rozpatrzeniu skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1 powyżej, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie, listem poleconym na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

#### **§ 21**

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia obowiązują od dnia 24 października 2012 roku i mają zastosowanie do osób zawierających umowy o korzystanie z karty od tego dnia.