

WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW ALIOR BANK S.A.**KOD: PGL-ALR 01/17**

Informacja dotycząca zapisów Warunków Ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2 i 3
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 8, § 10 ust. 9 i 10, § 11

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych „Warunków ubezpieczenia na życie dla kredytobiorców Alior Bank S.A. (kod: PGL-ALR 01/17)”, zwanych dalej „**Warunkami Ubezpieczenia**” lub „**WU**”,

Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000024807, NIP 585-12-45-589, o kapitale zakładowym 64 000 000 zł, wpłaconym w całości, wykonujące działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa, zwane dalej „**Ubezpieczycielem**”,

zawiera, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, Umowy Ubezpieczenia z osobami, które zawarły umowy Kredytu z **Alior Bank S.A.**, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Łopuszańskiej 38D, 00-807 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000305178, NIP 107-001-07-31, występującą jako agent ubezpieczeniowy Ubezpieczyciela, zwaną dalej „**Bankiem**”.

2. **Niniejsze Warunki Ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela Ochrony Ubezpieczeniowej, dotyczące czasu trwania tej ochrony (jej początek i zakończenie, odstąpienie i wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia), zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokość Świadczeń z Umowy Ubezpieczenia oraz zasady wypłaty tych Świadczeń, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, zasady składania przez Ubezpieczonego reklamacji.**

Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią WU przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na ww. regulacje.

Ważne jest również zwrócenie uwagi na treść wszystkich definicji opisanych w ust. 3, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej Ochrony Ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznego znaczenia wykorzystanych w WU sformułowań. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym i zapisane wielką literą.

Należy także zwrócić uwagę na różnice w zakresie Ubezpieczenia oraz wysokości Świadczeń przed i po dokonaniu ewentualnej przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu.

3. Terminom użytym w niniejszych WU nadano następujące znaczenia:
 - 1) **Beneficjent** - podmiot wskazany przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) **Całkowita Trwała Niezdolność do Pracy** - całkowita trwała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 kolejnych 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) lub dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód;
 - 3) **Contact Center** - jednostka Banku zawierająca z Kredytobiorcami umowy Kredytu przy użyciu telefonu (jako środka porozumiewania się na odległość);
 - 4) **Dzień Wystąpienia Inwalidztwa** - data:
 - a) zajścia Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - w przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu,

- b) wydania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenia określającego stan zdrowia Ubezpieczonego jako Całkowitą Trwałą Niezdolność do Pracy lub data powstania Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy (w przypadku, gdy zgodnie z orzeczeniem Całkowita Trwała Niezdolność do Pracy powstała przed datą wydania orzeczenia), w zależności które z tych zdarzeń jest wcześniejsze - w przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy;
- 5) **Inwalidztwo** - zdarzenie polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (zdefiniowanego w pkt 18 poniżej) albo Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy (zdefiniowanej w pkt 2 powyżej); uznaje się, że Inwalidztwo wystąpiło w Okresie Ubezpieczenia, jeżeli:
- a) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wystąpił w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia,
- b) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy - Dzień Wystąpienia Inwalidztwa, określony w pkt 4 lit. b), przypadła w Okresie Ubezpieczenia;
- 6) **Karencja** - okres, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w niniejszych WU;
- 7) **Kredyt** - pożyczka gotówkowa lub kredyt konsolidacyjny udzielany przez Bank w ramach umowy pożyczki lub umowy kredytu konsolidacyjnego, określającej wysokość oraz warunki spłaty pożyczki lub kredytu konsolidacyjnego, zawartej przez Ubezpieczonego z Bankiem w następujący sposób:
- a) pisemnie,
- b) telefonicznie za pośrednictwem Contact Center,
- c) podczas wideokonferencji lub telefonicznie, za pośrednictwem Wirtualnego Oddziału,
- d) za pośrednictwem portalu internetowego Banku;
- 8) **Kredytobiorca** - osoba fizyczna, której Bank udzielił Kredytu na podstawie umowy Kredytu;
- 9) **Nieszczęśliwy Wypadek** - nagle, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zaistnienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego; odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie zdarzeń będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w Okresie Ubezpieczenia;
- 10) **Okres Ubezpieczenia** - okres udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela, wskazany w treści Polisy; Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń Ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 8 poniżej;
- 11) **Pierwotny Harmonogram Spłat** - pierwszy obowiązujący (sporządzony przy zawarciu umowy Kredytu) dokument określający terminy płatności wszystkich Rat przewidzianych umową Kredytu, wysokości tych Rat i poziom zadłużenia Kredytobiorcy w ramach umowy Kredytu po spłacie każdej z Rat;
- 12) **Polisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia; w przypadku osób zawierających Umowy Ubezpieczenia pisemnie (w obecności upoważnionego pracownika Banku) Polisa zawierać będzie oświadczenia stanowiące wniosek o Ubezpieczenie (w przypadku Ubezpieczającego), a w przypadku objęcia Ubezpieczeniem dwóch lub więcej Kredytobiorców - dodatkowo zgodę na objęcie Ubezpieczeniem w ramach Umowy Ubezpieczenia (w przypadku Ubezpieczonych innych niż Ubezpieczający);
- 13) **Poważne Zachorowanie** - taki/takie:
- a) zawał mięśnia sercowego, gdzie jednoznacznie rozpoznana została martwica części mięśnia sercowego w wyniku ostrego niedokrwienia oraz wystąpiły:
- typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - nowe, niewystępujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla nowo przebytego zawału mięśnia sercowego,
 - charakterystyczny wzrost aktywności biomarkerów sercowych typowych dla przebytego zawału mięśnia sercowego,
 - istotnie obniżona frakcja wyrzutowa lewej komory serca lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości ściany serca stwierdzone w badaniach obrazowych,

- b) operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass), które wykonane zostało w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza, zgodnie ze wskazaniem lekarskim i polegało na wytworzeniu pomostu naczyniowego w celu ominięcia zwężonej lub całkowicie zamkniętej co najmniej jednej tętnicy wieńcowej; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszystkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przezskórnej;
- c) udar mózgu, który został spowodowany incydem naczyniowo-mózgowym obejmującym:
- zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pozaczaszkowym,
- i skutkującym utrzymywaniem się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące; przebycie przez Ubezpieczonego udaru mózgu powinno zostać potwierdzone wynikami badań obrazowych; z zakresu ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są: przemijający atak niedokrwienny (TIA), objawy mózgowo wywołane czynnikami urazowymi lub migreną bądź objawy wynikające z przyczyn naczyniowych związanych z chorobą mózgu;
- d) nowotwór złośliwy, który objawia się obecnością złośliwego guza charakteryzującego się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się złośliwych komórek oraz naciekaniami tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworu złośliwego musi zostać zweryfikowana badaniem histologicznym i potwierdzona przez lekarza specjalistę; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
- dysplazja szyjki macicy (CIN-1, CIN-2, CIN-3),
 - każdy nowotwór łagodny z wysokim ryzykiem złośliwienia (stan przedrakowy),
 - każda wczesna postać nowotworu złośliwego, w tym zmiana typu carcinoma in situ,
 - każdy nowotwór skóry poza czerniakiem złośliwym o grubości powyżej 1,5 mm (co najmniej III stopień wg skali Breslowa),
 - rak prostaty histologicznie opisywany jako T1 w Klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b lub T1c),
 - nowotwór złośliwy będący objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;
- e) niewydolność nerek, która oznacza końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki; rozpoznanie tego Poważnego Zachorowania musi zostać potwierdzone przez lekarza specjalistę;
- f) przeszczep narządu, który oznacza leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki, jelita cienkiego lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza; za datę wystąpienia Poważnego Zachorowania uznaje się: datę przeprowadzenia operacji - w przypadku: operacyjnego wykonania pomostów naczyniowych (by-pass) oraz przeszczepu narządu, datę wykonania specjalistycznego leczenia (dializoterapii, przeszczepu nerek) - w przypadku niewydolności nerek, datę zdiagnozowania - w przypadku: zawału mięśnia sercowego, udaru mózgu oraz nowotworu złośliwego;
- 14) **Rata** - rata kapitałowo-odsetkowa Kredytu przypadająca do spłaty w terminie płatności określonym w Pierwotnym Harmonogramie Spłat;
- 15) **Saldo Zadłużenia** - kwota równa wynikającym z Pierwotnego Harmonogramu Spłat: kapitałowi Kredytu pozostającym do spłaty w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego i odsetkom od tak ustalonej wysokości kapitału, według przewidzianego umową Kredytu oprocentowania, liczonym od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do dnia wypłaty Świadczenia, jednak nie dłuższy niż 60 dni;
- 16) **Suma Ubezpieczenia** - kwota:
- a) w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia w związku z umową Kredytu z okresem kredytowania dłuższym niż 24 miesiące - odpowiadająca Saldu Zadłużenia;
 - b) w przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia w związku z umową Kredytu z okresem kredytowania nie dłuższym niż 24 miesiące - wyliczona zgodnie z poniższym wzorem:

$$SU = \frac{(25 - k)}{24} \cdot KK$$

gdzie:

„**SU**” oznacza Sumę Ubezpieczenia,

„**KK**” oznacza kwotę Kredytu z umowy Kredytu (dalej: „kwota Kredytu”),

„**k**” oznacza dany miesiąc trwania Ochrony Ubezpieczeniowej (dany miesiąc Okresu Ubezpieczenia), np. w celu ustalenia wysokości Sumy Ubezpieczenia w 5. miesiącu trwania Ochrony Ubezpieczeniowej w miejsce „k” należy podstawić „5”;

Suma Ubezpieczenia ustalana jest na dzień zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego i stanowi, w przypadku Świadczenia z tytułu zgonu i Inwalidztwa (zgodnie z pozostałymi postanowieniami niniejszych WU), podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia; Suma Ubezpieczenia dzieli się w częściach równych pomiędzy Ubezpieczonych w ramach danej Umowy Ubezpieczenia (zgodnie z postanowieniami § 5);

- 17) **Świadczenie** - suma pieniężna wypłacana Uprawnionemu lub Beneficjentowi w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, objętego Ochroną Ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU;
- 18) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** - powstała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku:
 - a) całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata 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) całkowita fizyczna utrata kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
 - c) całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu;Trwały Uszczerbek na Zdrowiu stwierdza się na podstawie dokumentacji lekarskiej, zaś za dzień wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przyjmuje się datę zajścia Nieszczęśliwego Wypadku;
- 19) **Ubezpieczający** - Kredytobiorca, który zawiera Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem; Ubezpieczający zawsze jest jednocześnie Ubezpieczonym;
- 20) **Ubezpieczenie / Ochrona Ubezpieczeniowa** - odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego polegająca na zobowiązaniu do zapłaty określonego w WU Świadczenia w razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;
- 21) **Ubezpieczony** - Kredytobiorca, którego życie i zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia; w przypadku, gdy stroną umowy Kredytu jest więcej niż jeden Kredytobiorca, Ubezpieczeniem może być objętych co najwyżej czterech z Kredytobiorców, tj. tych, którzy zostali wskazani w treści Polisy;
- 22) **Umowa Ubezpieczenia** - umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie niniejszych WU; Umowa Ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych WU, co znajdzie potwierdzenie w Polisie;
- 23) **Wirtualny Oddział** - jednostka Banku zawierająca z Kredytobiorcami umowy Kredytu lub Umowy Ubezpieczenia przy użyciu telefonu lub podczas wideokonferencji;
- 24) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** - zgon, wystąpienie Inwalidztwa lub Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, w zależności od zakresu Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem Ubezpieczenia, w zakresie określonym w dalszej części Warunków Ubezpieczenia, jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakresem Ubezpieczenia objęte są następujące Zdarzenia Ubezpieczeniowe dotyczące Ubezpieczonego:

- 1) do chwili przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu:
 - a) zgon, zgon w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) Inwalidztwo.
- 2) po dokonaniu przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu:
 - a) zgon, zgon w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - b) Poważne Zachorowanie.
3. Inwalidztwo, o którym mowa w ust. 2, polega na wystąpieniu:
 - 1) Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy - w przypadku Ubezpieczonego zdolnego, w momencie wystąpienia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej oraz jednocześnie nieposiadającego prawa do emerytury,
 - 2) Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - w przypadku Ubezpieczonego niezdolnego (całkowicie lub częściowo), w momencie wystąpienia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej lub posiadającego prawo do emerytury, przy czym z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65. roku życia odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Inwalidztwa ulega ograniczeniu wyłącznie do wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 3

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o ubezpieczenie, który może stanowić część Polisy.
2. Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta w jeden z następujących sposobów:
 - 1) pisemnie,
 - 2) telefonicznie za pośrednictwem Contact Center,
 - 3) podczas wideokonferencji lub telefonicznie, za pośrednictwem Wirtualnego Oddziału,
 - 4) za pośrednictwem portalu internetowego Banku.Zawarcie Umowy Ubezpieczenia w sposób określony w zdaniu poprzedzającym, w pkt 2-4 powyżej, nastąpi z zachowaniem obowiązujących przepisów prawa dotyczących zawierania Umów Ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość.
3. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia, z zachowaniem okresu wypowiedzenia wskazanego w § 7 ust. 2 pkt 2. W takim przypadku Ubezpieczającemu przysługuje od Ubezpieczyciela zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej Ochrony Ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony Ubezpieczeniowej.
5. Niezależnie od postanowień ust. 4 powyżej, Ubezpieczający, który zawarł Umowę Ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie na piśmie, w terminie trzydziestu dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji o których mowa w art.39 ust.3 ustawy o prawach konsumenta z dnia 30 maja 2014 roku (Dz.U. z 2014 r. poz. 827), jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane.

§ 4

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej, Ubezpieczeniem może zostać objęty Kredytobiorca, który w dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia będzie miał ukończony 18. rok życia.
2. W przypadku Kredytoborców odpowiedzialnych solidarnie za zobowiązania z tytułu jednej umowy Kredytu, każdy z nich (lecz nie więcej niż czterech) obejmowany jest Ochroną Ubezpieczeniową, z zastosowaniem postanowień § 5 poniżej oraz pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.

3. We wniosku o ubezpieczenie Ubezpieczyciel zapytuje Kredytobiorcę o stan jego zdrowia, odbierając stosowne oświadczenie w tym przedmiocie. Kredytobiorca zobowiązany jest zgodnie z prawdą podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane mu okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzach i w innych pismach przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
4. W przypadku braku podpisania oświadczenia, o którym mowa w ust. 3 powyżej (lub w przypadku niezłożenia go w innej formie niż pisemna, jeżeli Umowa Ubezpieczenia miała zostać zawarta za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość), Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zażądać wypełnienia przez Kredytobiorcę kwestionariusza medycznego oraz dodatkowo przeprowadzenia badań lekarskich w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela i na koszt Ubezpieczyciela.
5. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel może odmówić objęcia albo wyrazić zgodę na objęcie Ubezpieczeniem, przy czym w przypadku zgody Ubezpieczyciela może on zaproponować objęcie Ubezpieczeniem na warunkach odbiegających od określonych w niniejszych Warunkach Ubezpieczenia.
6. Jeżeli Kredytobiorca, w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, ma ukończony 70. rok życia:
 - 1) Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie pod warunkiem, że kwota Kredytu (w związku z którą jest ona zwierana) przypadająca na Kredytobiorcę nie przekracza 70 000 zł (słownie: siedemdziesiąt tysięcy złotych),
 - 2) wymagane jest, aby Umowa Ubezpieczenia została zawarta w formie pisemnej.Kwotę Kredytu przypadającą na Kredytobiorcę ustala się dzieląc kwotę Kredytu przez liczbę wszystkich Kredytobiorców obejmowanych Ubezpieczeniem w związku z tą umową Kredytu.
7. Jeżeli Kredytobiorca, w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, nie ma ukończonego 70. roku życia, a kwota Kredytu (w związku z którą jest ona zwierana) nie przekracza 20 000 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy złotych), to Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta w dowolny sposób spośród wskazanych w § 3 ust. 2 pkt 1-4.
8. Jeżeli Kredytobiorca, w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, nie ma ukończonego 70. roku życia:
 - 1) Umowa Ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie pod warunkiem, że kwota Kredytu (w związku z którą jest ona zwierana) przypadająca na Kredytobiorcę nie przekracza 250 000 zł (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych),
 - 2) wymagane jest, aby Umowa Ubezpieczenia została zawarta w formie pisemnej, jeżeli kwota Kredytu przekracza 20 000 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy złotych).

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DWÓCH LUB WIĘCEJ KREDYTOBIORCÓW

§ 5

1. W przypadku objęcia Ubezpieczeniem dwóch lub więcej Kredytobiorców (zwanym również dalej „Kredytobiorcami z tej samej umowy Kredytu”) jeden z nich jest Ubezpieczającym i jednocześnie Ubezpieczonym, a pozostali wyłącznie Ubezpieczonymi w ramach Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdań następujących. **Dla objęcia Ochroną Ubezpieczeniową Kredytobiorców z tej samej umowy Kredytu wymagane jest, aby Umowa Ubezpieczenia została zawarta w formie pisemnej.** Ponadto dla objęcia Ochroną Ubezpieczeniową Kredytobiorcy, który nie jest Ubezpieczającym, wymagana jest pisemna zgoda tego Kredytobiorcy (składana na wniosku o Ubezpieczenie).
2. W przypadku obejmowania Ochroną Ubezpieczeniową Kredytobiorców z tej samej umowy Kredytu mają zastosowanie następujące zasady:
 - 1) Suma Ubezpieczenia dzieli się w częściach równych pomiędzy Ubezpieczonych, co oznacza, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem jednego Ubezpieczonego ograniczona jest do odpowiedniej (ułamkowej) części Sumy Ubezpieczenia; w takiej sytuacji przez Sumę Ubezpieczenia w stosunku do jednego Ubezpieczonego należy rozumieć kwotę wynikającą z podzielenia Sumy Ubezpieczenia (zdefiniowanej w § 1 ust. 3 pkt 16 powyżej) przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) wysokość Świadczenia przypadającego na każdego z Ubezpieczonych równa jest kwocie wynikającej z podzielenia odpowiedniego Świadczenia określonego w § 10 przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach Umowy Ubezpieczenia;
 - 3) w przypadku zgonu Kredytobiorcy będącego Ubezpieczającym, przy jednoczesnym braku wypłaty Świadczenia z tytułu zgonu:
 - a) w sytuacji kiedy Ochroną Ubezpieczeniową objęci byli dwaj Kredytobiorcy, Umowa Ubezpieczenia nie ulega

- rozwiązaniu, a Kredytobiorca będący do tej pory wyłącznie Ubezpieczonym wchodzi w prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że nie jest on uprawniony do Świadczeń z tytułu Zdarzeń Ubezpieczeniowych dotyczących zmarłego Ubezpieczającego,
- b) w sytuacji kiedy Ochroną Ubezpieczeniową objętych było więcej niż dwóch Kredytobiorców, dowolny z żyjących Ubezpieczonych może wstąpić w prawa i obowiązki Ubezpieczającego wynikające z Umowy Ubezpieczenia, co skutkować będzie kontynuacją Umowy Ubezpieczenia;
- 4) w przypadku zgonu któregokolwiek z Ubezpieczonych, w sytuacji kiedy nie wypłacono Świadczenia z tytułu zgonu a Umowa Ubezpieczenia była kontynuowana, wysokość Sumy Ubezpieczenia oraz Świadczeń ustalana jest w oparciu o nową liczbę Ubezpieczonych; w związku z powyższym nie zachodzą przesłanki do zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres Ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem tej Umowy Ubezpieczenia z upływem okresu wypowiedzenia wskazanym w § 7 ust. 2 pkt 2, a tym samym zakończeniem Ochrony Ubezpieczeniowej wobec wszystkich Kredytobiorców z tej samej umowy Kredytu.
4. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym jest równoznaczna z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem Ochrony Ubezpieczeniowej wobec wszystkich Kredytobiorców z tej samej umowy Kredytu. Ubezpieczony może zrezygnować z Ubezpieczenia w każdym czasie.
5. W sytuacjach nieuregulowanych w ust. 2-4 w odniesieniu do Kredytobiorcy z tej samej umowy Kredytu zastosowanie mają pozostałe postanowienia niniejszych WU.

OKRES UBEZPIECZENIA. ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 6

1. Okres Ubezpieczenia wskazany jest w Polisie. Okres Ubezpieczenia wynosi 24 miesiące lub 36 miesięcy, w zależności od wyboru Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 poniżej.
2. Jeżeli okres kredytowania wynosi nie więcej niż 35 miesięcy, możliwe jest zawarcie Umowy Ubezpieczenia wyłącznie na Okres Ubezpieczenia wynoszący 24 miesiące.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem następnym po dniu postawienia do dyspozycji Ubezpieczonego kwoty Kredytu, nie wcześniej jednak niż z dniem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem § 8 poniżej, co zostało uwzględnione w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej.
4. Nieuruchomienie Kredytu (brak wypłaty środków określonych w umowie Kredytu) lub odstąpienie od umowy Kredytu jest równoznaczne z odstąpieniem przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym uznaje się, że Ochrona Ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a opłacona składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.

§ 7

1. Ochrona Ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego kończy się:
 - 1) w dniu zgonu Ubezpieczonego, z zachowaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela za zgon Ubezpieczonego,
 - 2) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy,
 - 3) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ustalonego na poziomie 100% - zgodnie z § 10 ust. 9.
2. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a tym samym Ochrona Ubezpieczeniowa wobec wszystkich Ubezpieczonych objętych Ochroną Ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Ubezpieczenia kończy się:
 - 1) z ostatnim dniem Okresu Ubezpieczenia wskazanym w Polisie,
 - 2) z upływem okresu wypowiedzenia, który wynosi 14 dni (okres wypowiedzenia liczony jest od daty doręczenia Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia lub rezygnacji z Ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 3 ust. 3 i § 5 ust. 3-4),
 - 3) z dniem wypłaty Sumy Ubezpieczenia zdefiniowanej w § 1 ust. 3 pkt 16.

KARENCAJA

§ 8

1. W Ubezpieczeniu na wypadek Inwalidztwa, polegającego na wystąpieniu Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, stosuje się Karencję, oznaczającą brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela przez okres 45 dni. Karencja, o której mowa w zdaniu pierwszym uwzględniana jest w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej.
2. Okres Karencji, o której mowa w ust. 1 powyżej, jest liczony od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
3. Karencja, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania, jeżeli przyczyną Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy był Nieszczęśliwy Wypadek.
4. W Ubezpieczeniu na wypadek Poważnego Zachorowania stosuje się Karencję, oznaczającą brak odpowiedzialności Ubezpieczyciela przez okres 45 dni, liczonych od daty dokonania przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu. Karencja, o której mowa w zdaniu pierwszym uwzględniana jest w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 9

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej, należnej za cały Okres Ubezpieczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia, zawartej w związku z daną umową Kredytu (niezależnie od liczby Kredytobiorców obejmowanych Ochroną Ubezpieczeniową), zależy od stawki za Ubezpieczenie, kwoty Kredytu określonej w umowie Kredytu w dniu jej zawarcia (wyrażonej w zł) oraz długości Okresu Ubezpieczenia.
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej Ochrony Ubezpieczeniowej płatna jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry za cały Okres Ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed datą końca Okresu Ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany Okres Ubezpieczenia.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 10

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia, aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień zgonu Ubezpieczonego.
2. **Jeżeli zgon Ubezpieczonego był spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowo (oprócz Świadczenia wskazanego w ust. 1 powyżej) Świadczenie w wysokości 50% Sumy Ubezpieczenia aktualnej na koniec dnia poprzedzającego dzień zgonu Ubezpieczonego.** Świadczenie z tytułu zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, zostanie wypłacone, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił przed upływem 180 dni od daty tego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. **W przypadku Ubezpieczonych, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt 1 (Ubezpieczony zdolny, w momencie wystąpienia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej oraz jednocześnie nieposiadający prawa do emerytury), Świadczenie z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy równe jest 100% Sumy Ubezpieczenia, obliczonej na Dzień Wystąpienia Inwalidztwa (zdefiniowany w § 1 ust. 3 pkt 4).**
4. **W przypadku Ubezpieczonych, o których mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 (Ubezpieczony niezdolny całkowicie lub częściowo, w momencie wystąpienia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej lub posiadający prawo do emerytury), Świadczenie z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu równe jest wskazanemu w ust. 6 poniżej procentowi Sumy Ubezpieczenia obliczonej na Dzień Wystąpienia Inwalidztwa (zdefiniowany w § 1 ust. 3 pkt 4).**
5. Procent Sumy Ubezpieczenia odpowiada procentowi Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przypisanemu poniżej do danego zdarzenia:

1)	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami:	Procent Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu
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%
h)	kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i)	kończyną dolną - stopą	40%
j)	kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%
2)	Całkowita fizyczna utrata:	Procent Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu
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:	Procent Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu
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%

- Świadczenie z tytułu Inwalidztwa Ubezpieczonego, polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostanie wypłacone, jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty tego Nieszczęśliwego Wypadku.
- Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego, będący następstwem jednego lub kilku Nieszczęśliwych Wypadków, zaistniał w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia równe kwocie wyliczonej w oparciu o sumę wskazań procentowych, zgodnie z ust. 5, z zastrzeżeniem ust. 8-10.
- Suma wskazań procentowych określonych w ust. 5, będących podstawą do wypłacenia Uprawnionemu Świadczeń z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w całym Okresie Ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100%.
- W przypadku wystąpienia więcej niż jednego zdarzenia będącego Trwałym Uszczerbkiem na Zdrowiu w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie za każdy Trwały Uszczerbek. Łączne Świadczenie nie może jednak przekroczyć kwoty wyliczonej z uwzględnieniem najwyższego ze wskazań procentowych określonych w ust. 5, które dotyczą tego narządu.
- Jeśli roszczenie z tytułu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu dotyczy narządu Ubezpieczonego, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone Świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 5 procent Sumy Ubezpieczenia, pomniejszony o procent Świadczenia wcześniej wypłaconego.
- Po dokonaniu przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego wypłacone zostanie w wysokości określonej w ust. 1 powyżej.**

12. **Po dokonaniu przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu, Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem wypłacane jest w wysokości 150% kwoty Kredytu. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, wypłacane jest niezależnie od Świadczenia wskazanego w ust. 11 powyżej, przy czym Świadczenie to zostanie wypłacone, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił przed upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną zgonu.**
13. **Po dokonaniu przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu, Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego wypłacane jest w wysokości 5% kwoty Kredytu. Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie z tytułu Poważnego Zachorowania w Okresie Ubezpieczenia, niezależnie od liczby Ubezpieczonych w ramach Umowy Ubezpieczenia.**

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 11

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) wojny (w tym wojny domowej) i działań wojennych, uczestnictwa w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej (czyn człowieka zabroniony przez ustawę obowiązującą w czasie jego popełnienia pod groźbą kary, jako zbrodnia lub występki, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy, którego sprawca miał zamiar jego popełnienia - chciał je popełnić albo przewidując taką możliwość, godził się na jego popełnienie);
 - 4) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu, po zażyciu narkotyków lub środków (substancji) psychoaktywnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza, chyba że nie miało to wpływu na wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego i nie pozostaje z nim w jakimkolwiek związku przyczynowym; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³; przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 5) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie oraz napromieniowania (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową Ubezpieczonego);
 - 6) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób (nie dotyczy przypadków udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w nagłych wypadkach, tj. gdy czynności o charakterze medycznym wykonywane zostały poza kontrolą lekarską lub uprawnionych osób w celu ratowania życia lub zdrowia bezpośrednio w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem będącym przyczyną Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub wystąpieniem Zdarzenia Ubezpieczeniowego);
 - 7) zdarzeń powstałych podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego w sytuacji kiedy Ubezpieczony nie posiadał wymaganych do tego uprawnień (prawo jazdy); odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego i nie pozostaje z nim w jakimkolwiek związku przyczynowym;
 - 8) 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 1500 m n.p.m. (z wyjątkiem wspinaczki skalnej oraz zorganizowanego pobytu w górach wysokich powyżej 1500 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 2014 r., poz. 196 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;

- 9) uczestnictwa przez Ubezpieczonego (w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera) w ruchu powietrznym samolotu wojskowego lub prywatnego, nieposiadającego licencji na przewóz pasażerów;
 - 10) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia Ubezpieczonego wirusem HIV bądź pochodnymi;
 - 11) próby samobójczej lub umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 12) choroby Ubezpieczonego, zakwalifikowanej w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, w brzmieniu obowiązującym na dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową, jako zaburzenie psychiczne i zaburzenie zachowania (F00-F99) lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego - w przypadku Inwalidztwa.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (o którym mowa w § 10 ust. 2), jeżeli te Zdarzenia Ubezpieczeniowe zostały spowodowane:
- 1) wypadkiem związanym z wykonywaniem zawodów niebezpiecznych, za które uważa się: pracę w siłach zbrojnych (poza pracami biurowymi), pracę w Policji (poza pracami biurowymi), prace budowlane przy wyburzaniu i rozbiórkach, pracę na wysokościach - powyżej 15 m, pracę przy budowie rusztowań, prace podwodne, połów ryb, prace na statku, w przemyśle wydobywczym (robotnicy zatrudnieni na platformach wydobywczych, górnictwo); za zawody niebezpieczne uważa się także pracę kaskadera, akrobaty, artysty cyrkowego, strażaka, ratownika górskiego, pracownika służb specjalnych, konwojenta;
 - 2) chorobą, w tym występującą nagle, tj. zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym;
 - 3) czynnikami chorobotwórczymi pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu lub zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (w odniesieniu do Świadczenia, o którym mowa w § 10 ust. 2).
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zapytywał przy obejmowaniu Kredytobiorcy Ochroną Ubezpieczeniową, jeżeli w odpowiedzi uzyskał informacje nieprawdziwe lub niepełne (w szczególności w sytuacji, gdy została zatajona choroba Kredytobiorcy obejmowanego Ochroną Ubezpieczeniową świadczoną przez Ubezpieczyciela). Jeżeli do podania nieprawdy lub zatajenia informacji doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na postanowienia zdań wcześniejszych, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce po upływie 3 lat od daty objęcia Kredytobiorcy Ubezpieczeniem.

ROZPATRYWANIE ROSZCZENIA

§ 12

1. Wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego można zgłaszać pod numerem infolinii: 58 555 61 00.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu),
 - 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,

- 3) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku - w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.
3. W przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) oryginał lub potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia decyzji organu rentowego o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy,
 - 2) dokumentacja medyczna określająca przyczynę Całkowitej Trwałej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego.
4. W przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, niezbędne są następujące dokumenty:
 - 1) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) dokumentacja medyczna określająca rodzaj uszkodzenia ciała Ubezpieczonego, kwalifikowanego zgodnie z § 1 ust. 3 pkt 18 jako Trwały Uszczerbek na Zdrowiu.
5. W przypadku Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, niezbędna jest dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Poważnego Zachorowania u Ubezpieczonego.
6. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel wymagać może innych dokumentów niż wskazane w ust. 2-5, potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia.
7. O potrzebie przedstawienia dokumentów, o których mowa w ust. 2-6 powyżej, Ubezpieczyciel informuje osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.

UPRAWNIENIE DO ŚWIADCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 13

1. Świadczenia z tytułu zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych wypłacane są Ubezpieczonemu lub Beneficjentowi.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie przysługuje żadnej z osób przez niego wskazanych lub wszystkie te osoby zmarły przed zgonem Ubezpieczonego lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, Świadczenie przysługuje następującym osobom, według poniższej w kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w równych częściach w przypadku braku małżonka,
 - 3) rodzicom - w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci,
 - 4) ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego, innym niż wskazani w pkt 1-3 powyżej - w równych częściach.
3. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie może zostać wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym, na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości Świadczenia, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.
5. Gdyby wyjaśnienie, w terminie określonym w ust. 4, okoliczności potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub 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.
6. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem na piśmie w terminie określonym odpowiednio w ust. 4 albo w ust. 5, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty.
7. 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.

8. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 7, określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z Umowy Ubezpieczenia.
9. Wypłata Świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.
10. Świadczenie należne Ubezpieczonemu lub Beneficjentowi uważa się za wypłacone w dacie uznania rachunku Ubezpieczonego lub Beneficjenta pełną należną kwotą Świadczenia.

REKLAMACJE

§ 14

1. Jeżeli zgłaszający roszczenie nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela, co do odmowy zaspokojenia roszczenia, albo co do wysokości Świadczenia, może zgłosić na piśmie (lub w inny uzgodniony sposób) wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.
2. Po rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 1, przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu wniosek w terminie 30 dni pisemnie na adres wskazany w treści wniosku.

§ 15

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Beneficjent lub inny uprawniony z Umowy Ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja), wykorzystując następujące kanały kontaktu:
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl/kontakt,
 - 2) telefonicznie - poprzez infolinię Ubezpieczyciela pod numerem: 58 555 61 00,
 - 3) pisemnie - na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
 - 4) ustnie lub pisemnie - podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia S.A.
2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.
4. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:
 - 1) na piśmie,
 - 2) za pomocą innego trwałego nośnika informacji,
 - 3) pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.
5. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. Wszelkie rozliczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich Świadczeń dokonywane są w złotych polskich.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z Umowy Ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 17

Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski składane Ubezpieczycielowi i przez Ubezpieczyciela, powinny być złożone na piśmie. Powinność powyższa nie dotyczy wskazanych w WU sytuacji, w których oświadczenia Kredytobiorcy lub Ubezpieczonego mogą być składane w innej formie niż pisemna.

§ 18

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem Świadczenia nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Opodatkowanie Świadczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia regulują przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2012 poz. 361 j.t. z późniejszymi zmianami)).
3. Opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 19

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Umowa Ubezpieczenia jest zawarta w języku polskim. Językiem stosowanym w relacjach Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonych jest język polski. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo polskie.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia, można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Beneficjenta lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 20

1. Ubezpieczony lub inny uprawniony z Umowy Ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.
2. Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl, który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela zamieszczone jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela: www.ergohestia.pl.

§ 21

Niniejsze WU obowiązują od dnia 10 stycznia 2017 roku i mają zastosowanie do osób zawierających Umowy Ubezpieczenia od tego dnia.