

Warunki Ubezpieczenia Utraty Dochodu i Trwałego Inwalidztwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku dla Kredytobiorców Posiadających Kredyty Aurum / Platinium w PKO BP SA

KOD: API-PKO BP 01/15

ROZDZIAŁ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia utraty dochodu i trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku dla Kredytobiorców posiadających Kredyty Aurum / Platinium w PKO BP SA, zwanych dalej „WU”, Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A., zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, Umowy Ubezpieczenia z Kredytobiorcami Kredytów Aurum / Platinium udzielonych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną.

ROZDZIAŁ 2

DEFINICJE

§ 2

Terminom użytym w niniejszych WU nadano następujące znaczenia:

- 1) **Aneks** – aneks do umowy Kredytu, zawarty pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą lub Kredytobiorcami, na podstawie którego może nastąpić zmiana waluty, okresu kredytowania lub wysokości Raty Kredytu w umowie Kredytu, skutkiem czego Pierwotny Harmonogram Spłat może być aktualizowany;
- 2) **Bank** – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (PKO BP SA), zwana dalej również Agentem;
- 3) **Bezrobotny** – osoba fizyczna, która uzyskuje status bezrobotnego w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2013.674 j.t.);
- 4) **Choroba Psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00–F99); klasyfikacja dostępna na stronie: www.icd10.pl;
- 5) **Choroby Istniejące przed Początkiem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela** – choroby:
 - a) które były przedmiotem leczenia lub rehabilitacji, operacji, farmakoterapii w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - b) które zostały zdiagnozowane w okresie 12 miesięcy przed rozpoczęciem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 6) **Czasowa Niezdolność do Pracy** – trwająca nieprzerwanie, nie krócej niż 31 dni niemożność wykonywania pracy w ramach prowadzonej Działalności Gospodarczej (wykonywanej

indywidualnie lub w formie spółki osobowej), w której okresie Ubezpieczony nie podejmuje żadnej innej działalności zarobkowej; Czasowa Niezdolność do Pracy musi być potwierdzona:

- a) zaświadczeniem lekarskim ZUS ZLA – w przypadku Ubezpieczonych, za których opłacane są składki na ubezpieczenie chorobowe lub,
- b) innym niż wskazane pod lit. a) powyżej, zaświadczeniem lekarskim – w przypadku Ubezpieczonych, za których nie są opłacane składki na ubezpieczenie chorobowe;

Czasowa Niezdolność do Pracy w ww. okresie musi wynikać wyłącznie z jednej i tej samej jednostki chorobowej;

7) **Data Utraty Pracy** – dzień następny po upływie 30 dni liczonych od daty uzyskania statusu Bezrobotnego albo statusu Poszukującego Pracy, na skutek rozwiązania lub wygaśnięcia na skutek śmierci pracodawcy będącego osobą fizyczną Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę, stosownie do dalszych postanowień WU;

8) **Data Wystąpienia Czasowej Niezdolności do Pracy** – dzień następny po upływie 30 dni liczonych od pierwszego dnia Czasowej Niezdolności do Pracy;

9) **Działalność Gospodarcza** – działalność gospodarcza w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej (Dz.U. z 2013 r., poz. 672 j.t. z późn. zm.), prowadzona indywidualnie (tzw. samozatrudnienie) lub w formie spółki osobowej; nie jest Działalnością Gospodarczą w rozumieniu niniejszych WU Działalność Rolnicza;

10) **Działalność Rolnicza** – działalność wytwórcza w rolnictwie w zakresie upraw rolnych oraz chowu i hodowli zwierząt, ogrodnictwa, warzywnictwa, leśnictwa i rybactwa śródlądowego, działalność agroturystyczna, polegająca na wynajmowaniu przez rolników pokoi, sprzedaży posiłków domowych i świadczenia w gospodarstwach rolnych innych usług związanych z pobytem turystów, a także działalność obejmująca wyrób wina przez producentów będących rolnikami, którzy wyrabiają mniej niż 100 hektolitrów wina w ciągu roku gospodarczego;

11) **Harmonogram Spłat** – każdy harmonogram określający terminy i wysokość rat oraz Sald Zadłużenia po spłacie każdej Raty, uwzględniający wypłatę Kredytu w transzach, wyszczególnionych w umowie Kredytu;

12) **Kontrakt Menadżerski** – umowa cywilnoprawna, której przedmiotem jest osobiste zarządzanie przedsiębiorstwem lub jego częścią, na rachunek i ryzyko przedsiębiorcy, za wynagrodzeniem, zawarta na czas nieokreślony lub na czas określony;

13) **Kredyt** – kredyt Aurum / Platinium udzielany przez Bank w ramach umowy Kredytu określającej wysokość oraz warunki spłaty Kredytu, zawartej przez Kredytobiorcę (lub Kredytobiorców)

z możliwością spłaty zobowiązań finansowych:

- a) ratalnie (miesięcznie lub kwartalnie),
- b) jednorazowo na koniec okresu kredytowania,
- c) jednorazowo na koniec okresu kredytowania oraz odsetek ratalnie (miesięcznie lub kwartalnie);

14) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem umowę Kredytu;

15) **NBP** – Narodowy Bank Polski;

16) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zaistniałe w Okresie Odpowiedzialności zdarzenie nagłe, wywołane działającą nagle i niezależnie od woli Ubezpieczonego przyczyną zewnętrzną, z wyłączeniem działania czynników biologicznych (drobnoustrojów chorobotwórczych i pasożytów), będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia Ubezpieczeniowego, pod warunkiem, że Zdarzenie to nastąpiło w ciągu 180 dni od daty zaistnienia Nieszczęśliwego Wypadku;

17) **Okres Karencji** – okres, o którym mowa w § 4 ust. 4 i 5 WU, w trakcie którego wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty Dochodu;

18) **Okres Odpowiedzialności** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu, wskazany na Wniosko-Polisie; Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie za Zdarzenia Ubezpieczeniowe, które wystąpiły w Okresie Odpowiedzialności;

19) **Pierwotny Harmonogram Spłat** – pierwszy dla umowy Kredytu Harmonogram Spłat, stanowiący integralną część umowy Kredytu w dniu jej zawarcia;

20) **Wniosko-Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia;

21) **Poszukujący Pracy** – osoba fizyczna, która uzyskała status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2013.674 j.t.);

22) **Pozostawanie przez Ubezpieczonego pod Wpływem Alkoholu** – stan po spożyciu przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości, która powoduje, że zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2‰ wzwyż albo stężenie alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1mg/dm³ wzwyż;

23) **Rata/Rata Kredytu** – miesięczna albo kwartalna rata kapitałowo-odsetkowa albo odsetkowa Kredytu (wynikająca z Pierwotnego Harmonogramu Spłat, albo w sytuacji wskazanej w § 10 ust. 3-4 i § 11 ust. 2-3 ze stosownego Harmonogramu Spłat Kredytu);

24) **Rozpoczęcie Wykonywania Działalności Gospodarczej:**

a) w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność Gospodarczą (tzw. samozatrudnienie) – data dokonania wpisu Ubezpieczonego w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej („CEIDG”),

b) w przypadku Działalności Gospodarczej prowadzonej w formie spółki osobowej – data zarejestrowania spółki w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego,

25) **Saldo Zadłużenia** – w przypadku:

a) Kredytów z ratalną spłatą zobowiązań – kwota, jaka pozostała Kredytobiorcy do spłacenia zgodnie z Pierwotnym Harmonogramem Spłat,

b) w przypadku Kredytów z jednorazową spłatą zobowiązań na koniec okresu kredytowania lub Kredytów z jednorazową spłatą zobowiązań na koniec okresu kredytowania oraz odsetek ratalnie (miesięcznie lub kwartalnie) – kwota Kredytu;

jeśli doszło do zawarcia Aneksu Saldo Zadłużenia stanowi kwota, jaka pozostała Kredytobiorcy do spłacenia zgodnie z Harmonogramem Spłat określonym tym Aneksem; w przypadku Kredytów udzielonych lub denominowanych w walutach obcych lub indeksowanych do walut obcych Saldo Zadłużenia przeliczane jest na PLN, po średnim kursie NBP dla danej waluty;

26) **Składka Ubezpieczeniowa/Składka** – kwota należna z tytułu świadczonej w Okresie Odpowiedzialności ochrony ubezpieczeniowej, do której opłacania Ubezpiezczycielowi zobowiązany jest Ubezpieczający. Składka płatna jest ratalnie z częstotliwością miesięczną w terminach właściwych dla płatności Rat Kredytu wynikających z Pierwotnego Harmonogramu Spłat, a jeśli doszło do zawarcia Aneksu – z Harmonogramu Spłat z tego Aneksu; ustalana jako iloczyn kwoty Kredytu z Umowy Kredytu powiększona o prowizję o ile jest kredytowana, stawki za ubezpieczenie w wysokości wskazanej we Wnioskopolisie oraz ilości miesięcznych rat składki ubezpieczeniowej, wskazanej w Pierwotnym Harmonogramie Spłat, a jeśli doszło do zawarcia Aneksu – w Harmonogramie Spłat z tego Aneksu;

27) **Stan Nietrzeźwości** – 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;

28) **Stosunek Pracy** – Stosunek Pracy na Czas Nieokreślony lub Stosunek Pracy na Czas Określony;

29) **Stosunek Pracy na Czas Nieokreślony** – Umowa o Pracę lub Kontrakt Menadżerski, do których zastosowanie znajdują przepisy prawa polskiego i w których nie jest określony termin ich zakończenia;

30) **Stosunek Pracy na Czas Określony** – Umowa o Pracę lub Kontrakt Menadżerski, do których zastosowanie znajdują przepisy prawa polskiego i w których określony jest termin ich zakończenia (wskazany jest w nich okres obowiązywania);

31) **Stosunek Służbowy** – stosunek pracy na podstawie powołania, wyboru lub mianowania, uregulowane przepisami prawa polskiego;

32) **Suma Ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia, niezależnie od liczby Ubezpieczonych, odpowiadająca Saldu Zadłużenia w dniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem zdań następnych; odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty Dochodu (za wyjątkiem Świadczenia wskazanego w § 10 ust. 2) ograniczona jest do kwoty odpowiadającej 12 Ratom miesięcznym lub 4 Ratom kwartalnym – zgodnie z postanowieniami § 9 poniżej; przy ustalaniu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego bierze się pod uwagę Udział Procentowy;

33) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia w Okresie Odpowiedzialności Zdarzenia Ubezpieczeniowego; Świadczenie może mieć charakter jednorazowy („Świadczenie Jednorazowe”), być wypłacane z częstotliwością miesięczną („Świadczenie Miesięczne”) bądź kwartalną („Świadczenie Kwartalne”).

34) **Trwałe Inwalidztwo** – 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;

Trwałe Inwalidztwo stwierdza się na podstawie dokumentacji lekarskiej dostarczonej przez Ubezpieczonego, zaś za dzień wystąpienia Trwałego Inwalidztwa przyjmuje się datę zajścia Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Trwałego Inwalidztwa;

35) Ubezpieczający – Kredytobiorca, który zawiera Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem; Ubezpieczający zawsze jest jednocześnie Ubezpieczonym;

36) Ubezpieczony – Kredytobiorca, któremu Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w Okresie Odpowiedzialności; w przypadku gdy Kredytobiorca zawiera Umowę Ubezpieczenia na własny rachunek jest jednocześnie Ubezpieczającym;

37) Udział Procentowy – udział ustalany w momencie przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia dla każdego Kredytobiorcy objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w związku z jedną umową Kredytu i jest równy:

a) 100% należnego Świadczenia w ubezpieczeniu Utraty Dochodu lub Sumy Ubezpieczenia w ubezpieczeniu Trwałego Inwalidztwa – gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objęty ochroną ubezpieczeniową jest wyłącznie jeden Ubezpieczony,

b) 50% należnego Świadczenia w ubezpieczeniu Utraty Dochodu lub Sumy Ubezpieczenia w ubezpieczeniu Trwałego Inwalidztwa – gdy w ramach Umowy Ubezpieczenia objętych ochroną ubezpieczeniową jest dwóch Ubezpieczonych;

38) Umowa o Pracę – umowa o pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2014.1502 j.t.) lub Kontrakt Menadżerski, do których zastosowanie znajdują przepisy prawa polskiego;

39) Umowa Ubezpieczenia – umowa indywidualnego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie niniejszych WU;

40) Utrata Dochodu – zdarzenie polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego Utraty Pracy lub Czasowej Niezdolności do Pracy; uznaje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe wystąpiło w Okresie Odpowiedzialności, jeżeli:

a) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Utraty Pracy – wygaśnięcie lub rozwiązanie na skutek śmierci pracodawcy będącego osobą fizyczną Stosunku Pracy albo Stosunku Służbowego albo spółdzielczej umowy o pracę lub złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu przez pracodawcę skutkującego rozwiązaniem Stosunku Pracy albo Stosunku Służbowego albo spółdzielczej umowy o pracę nastąpiło w trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności,

b) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Czasowej Niezdolności do Pracy – pierwszy dzień tej niezdolności do pracy nastąpił w trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności; przy czym za datę wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego uznaje się:

a) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Utraty Pracy – Datę Utraty Pracy

b) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na

wystąpieniu Czasowej Niezdolności do Pracy – Datę Wystąpienia Czasowej Niezdolności do Pracy,

41) Utrata Pracy – zdarzenie polegające na:

a) utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę zawartych z Ubezpieczonym lub wygaśnięcia Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę na skutek śmierci pracodawcy będącego osobą fizyczną;

b) uzyskaniu statusu Bezrobotnego i nieprzerwanym utrzymywaniu tego statusu przez okres minimum 31 dni w wyniku jednego ze zdarzeń, o których mowa pod lit. a), w przypadku osób wskazanych w § 3 ust. 4 WU – uzyskaniu statusu Poszukującego pracy i utrzymywaniu tego statusu nieprzerwanie przez okres 31 dni, – przy czym warunki określone pod lit. a)-b) muszą zostać spełnione łącznie, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonych w § 7;

42) Zdarzenie Ubezpieczeniowe – Utrata Dochodu przez Ubezpieczonego albo Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są:

1) w ubezpieczeniu na wypadek Utraty Dochodu:

a) zdolność Ubezpieczonego do spłaty zobowiązań z tytułu Umowy Kredytu albo

b) zdrowie Ubezpieczonego,

2) w ubezpieczeniu następstw Nieszczęśliwych Wypadków – Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku doznanego przez Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiło ono w okresie do 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku.

2. Ubezpieczony, który zawarł umowę Kredytu ze spłatą zobowiązań finansowych ratalnie oraz jednocześnie jest zatrudniony na podstawie Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę (oraz jednocześnie zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej i nieposiadający prawa do emerytury) obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową:

1) z tytułu Utraty Dochodu polegającej na wystąpieniu Utraty Pracy,

2) z tytułu Trwałego Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu zdarzeń wskazanych w § 12 ust. 3 pkt 1;

3. Ubezpieczony, który zawarł umowę Kredytu ze spłatą zobowiązań finansowych ratalnie oraz będący zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej i nieosiągający dochodu z tytułu emerytury oraz jednocześnie uzyskujący dochody z tytułu Działalności Gospodarczej, w odniesieniu do której Rozpoczęcie Prowadzenia Działalności miało miejsce minimum na 12 miesięcy przed Zdarzeniem Ubezpieczeniowym i która przez ten czas prowadzona była nieprzerwanie, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową:

1) z tytułu Utraty Dochodu polegającej na wystąpieniu Czasowej Niezdolności do Pracy,

2) z tytułu Trwałego Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu zdarzeń wskazanych w § 12 ust. 3 pkt 1;

4. Ubezpieczony który zawarł umowę Kredytu z jednorazową spłatą zobowiązań finansowych na koniec okresu kredytowania lub

z jednorazową spłatą zobowiązań finansowych oraz odsetek ratalnie albo (niezależnie od formy zawartej umowy kredytu) który osiąga dochód z tytułu emerytury albo z tytułu renty, albo prowadzący Działalność Rolniczą, albo który nie osiąga dochodu ze źródeł wymienionych w ust. 2 i 3 powyżej, albo osiąga dochody z tytułu Działalności Gospodarczej w odniesieniu do której Rozpoczęcie Prowadzenia Działalności miało miejsce krócej niż na 12 miesięcy przed Zdarzeniem Ubezpieczeniowym albo uzyskujący dochody wyłącznie z innych źródeł niż Stosunek Pracy lub Stosunek Służbowy lub spółdzielcza umowy o pracę, w tym w szczególności ze źródeł wskazanych poniżej:

- umowa o dzieło,
 - umowa zlecenie,
 - umowa agencyjna,
 - kontrakt żołnierski lub marynarski,
- obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową

1) z tytułu Utraty Dochodu polegającej na wystąpieniu Utraty Pracy,
2) z tytułu trwałego inwalidztwa polegającego na wystąpieniu zdarzeń wskazanych w § 12 ust. 3;

5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej, udzielanej w trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności, uzależniony jest od spełniania przesłanek określonych w ust. 2-4 powyżej.

6. Ubezpieczony, który w trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności spełnił przesłanki wymienione w ust. 2 powyżej, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w ust. 2 począwszy od 61. dnia po dniu, w którym spełnił te przesłanki. W okresie 60 dni od daty spełnienia przesłanek, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Ubezpieczonemu udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w ust. 4. Do okresu 60 dni wlicza się czas zatrudnienia na podstawie Stosunku Pracy zawartego na okres próbny, jeżeli nastąpiło po nim zatrudnienie przez tego samego pracodawcę (lub powołanie lub mianowanie lub wybór).

7. Ubezpieczony, który w trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności spełnił przesłanki, wymienione w ust. 3 powyżej, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w ust. 3 powyżej począwszy od 61. dnia po dniu, w którym spełnił te przesłanki. W okresie 60 dni od daty spełnienia przesłanek, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, Ubezpieczonemu udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w zakresie określonym w ust. 4.

8. Ubezpieczony, który w trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności spełnił przesłankę wymienioną w ust. 4 powyżej, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową w zakresie określonym w ust. 4 począwszy od dnia, w którym spełnił tę przesłankę.

ROZDZIAŁ 4

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. Okres Odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego wskazany jest we Wniosko-Polisie.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem następnym po dniu uruchomienia Kredytu, a kończy się z dniem zapadalności ostatniej Raty wynikającej z Pierwotnego Harmonogramu Spłat. W sytuacji, w której w czasie trwania Okresu Odpowiedzialności doszło do zawarcia Aneksu ostatnim dniem Okresu Odpowiedzialności będzie dzień

zapadalności ostatniej Raty wynikającej z Harmonogramu spłat do tego Aneksu.

3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem pierwszej raty Składki i nie została ona zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać od Ubezpieczającego zapłaty Składki za okres, w którym ponosił odpowiedzialność.

4. W trakcie trwania Okresu Odpowiedzialności stosuje się Okres Karencji z tytułu Utraty Dochodu przez Ubezpieczonego, wynoszący 60 dni, liczony od początku Okresu Odpowiedzialności, co jest uwzględnione w wyliczonej składce ubezpieczeniowej.

5. W Okresie Karencji udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Trwałego Inwalidztwa.

6. Okres Odpowiedzialności wobec danego Ubezpieczonego kończy się w dniu zgonu tego Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Utraty Dochodu w ramach Umowy Ubezpieczenia kończy się z dniem wyczerpania limitu Świadczeń Miesięcznych, o którym mowa w § 9 (zastrzeżenie nie dotyczy dodatkowego Świadczenia jednorazowego, o którym mowa w ust. 2).

7. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się:

- 1) z upływem dodatkowego terminu wyznaczonego Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela (również za pośrednictwem Agenta), w wezwaniu do zapłaty kolejnej raty Składki Ubezpieczeniowej, w przypadku nieopłacenia raty składki w terminie,
- 2) z dniem poprzedzającym datę wymagalności kolejnej raty składki – w związku ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia w miesięcznym okresie za który kolejna Rata składki stała się wymagalna,
- 3) na skutek wygaśnięcia umowy Kredytu w związku z całkowitą, wcześniejszą spłatą Kredytu,
- 4) na skutek rozwiązania umowy Kredytu w związku z wypowiedzeniem umowy Kredytu przez Bank,
- 5) z dniem wypłaty Sumy Ubezpieczenia.

8. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed datą końca Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciel zwraca Składkę Ubezpieczeniową za niewykorzystany Okres Odpowiedzialności wyliczoną za każdy dzień od dnia następującego po dniu rozwiązania Umowy Ubezpieczenia.

§ 5

1. Ubezpieczający może w każdej chwili wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia ze skutkiem przypadającym na dzień poprzedzający datę wymagalności kolejnej Raty składki, z zastrzeżeniem zapisów § 6.

2. 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 Ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zaplacenienia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ 5

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DWÓCH KREDYTOBIORCÓW

§ 6

1. W przypadku objęcia ubezpieczeniem dwóch Kredytobiorców jeden z nich jest Ubezpieczającym (i jednocześnie Ubezpieczonym), a drugi wyłącznie Ubezpieczonym w ramach Umowy Ubezpieczenia. Powyższe znajduje potwierdzenie we Wniosko-Polisie.

2. W przypadku, kiedy w związku z umową Kredytu ubezpieczeniem obejmowanych jest dwóch Ubezpieczonych:

1) łączna kwota Świadczeń Miesięcznych lub Kwartalnych z tytułu Utraty dochodu nie może przekroczyć kwoty odpowiadającej limitowi świadczeń wskazanej w § 10 ust. 1 (bez względu na liczbę Zdarzeń Ubezpieczeniowych zaistniałych w Okresie Odpowiedzialności oraz ilość Ubezpieczonych),

2) wysokość Świadczenia należnego z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego przypadającego na każdego z Ubezpieczonych ustalana jest z zastosowaniem Udziału Procentowego.

3. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, konieczne jest złożenie oświadczenia pisemnie przy czym:

1) wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych wskazanych w Umowie,

2) zgodnie ze złożonym oświadczeniem Ubezpieczającego rezygnacja z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym oznacza wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej wobec wszystkich Ubezpieczonych wskazanych w umowie.

4. W przypadku śmierci jednego z Ubezpieczonych żyjący Ubezpieczony wstępuje w prawa zmarłego Ubezpieczonego. Żyjącemu Ubezpieczonemu, o którym mowa w zdaniu poprzednim przysługuje wówczas Udział Procentowy w limitach Świadczeń w wysokości 100%.

ROZDZIAŁ 6

WYŁĄCZENIE I OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7

1. W przypadku Utraty Dochodu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:

1) Utrata Dochodu nastąpiła przed upływem 60 dni od daty zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

2. W odniesieniu do Utraty Pracy Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:

1) Utrata Pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę na wniosek Ubezpieczonego,

2) Utrata Pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę za porozumieniem stron, z wyjątkiem sytuacji kiedy Stosunek Pracy został rozwiązany na mocy porozumienia stron na podstawie art. 30 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy w związku z art. 1 lub art. 10 ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących

pracowników (Dz. U. z 2003 r., Nr 90, poz. 844 ze zm.);

3) Utrata Pracy nastąpiła w wyniku odmowy przyjęcia przez pracownika zaproponowanych mu nowych warunków pracy lub płacy na podstawie wypowiedzenia tychże warunków w trybie art. 42 kodeksu pracy,

4) Utrata Pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia,

5) Utrata Pracy nastąpiła w wyniku zakończenia Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę łączących pracodawcę z Ubezpieczonym z powodu wygaśnięcia Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę, zawartych na czas określony,

6) doszło do drugiej i każdej następnej Utraty Pracy, jeżeli nastąpiła ona na skutek rozwiązania Stosunku Pracy, Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę łączących z tym samym pracodawcą, pod warunkiem, iż Ubezpieczyciel wypłacił świadczenie z tytułu pierwszej Utraty Pracy u tego pracodawcy,

7) doszło do drugiej i każdej następnej Utraty Pracy, pod warunkiem, iż nie upłynął termin 60 dni od nawiązania kolejnego Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę.

§ 8

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy lub Trwałego Inwalidztwa, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio w wyniku:

1) 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) 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;

2) udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich;

3) udziału Ubezpieczonego w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej;

- 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu;
 - 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie;
 - 7) pozostawania przez Ubezpieczonego pod Wpływem Alkoholu, pozostawania przez Ubezpieczonego w Stanie Nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 8) uszkodzeń trzustki lub wątroby Ubezpieczonego spowodowanych spożywaniem alkoholu przez Ubezpieczonego;
 - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza wymaganą 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 nagłym wypadkiem będącym przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego lub wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego);
 - 10) umyślnego samookaleczenia ciała, samobójstwa lub próby samobójczej Ubezpieczonego;
 - 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia Ubezpieczonego HIV;
 - 12) Choroby Psychiczej Ubezpieczonego, lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 13) chorobami Istniejącymi przed początkiem Okresu Odpowiedzialności Ubezpieczyciela, bądź obrażeniami ciała doznanymi przed datą rozpoczęcia Okresu Odpowiedzialności w odniesieniu do konkretnego Ubezpieczonego
 - 14) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień;
 - 15) uszkodzenia ciała Ubezpieczonego spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to, przez kogo były wykonywane).
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa, jeżeli było ono spowodowane:
- 1) chorobą, w tym występującą nagle, tj. zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym,
 - 2) 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 Trwałego Inwalidztwa.

ROZDZIAŁ 7

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 9

1. W przypadku ubezpieczenia spłaty Kredytu na wypadek Utraty Dochodu, limit wypłacanego Świadczenia miesięcznego

albo kwartalnego (za wyjątkiem Świadczenia Jednorazowego, o którym mowa w § 10 ust. 2 poniżej) na wszystkie Zdarzenia Ubezpieczeniowe powstałe w Okresie Odpowiedzialności, niezależnie od liczby Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy ubezpieczenia w związku z daną umową Kredytu stanowi maksymalnie równowartość: w zależności od częstotliwości spłaty zobowiązań, 12 miesięcznych lub 4 kwartalnych rat wynikających z Pierwotnego Harmonogramu Spłat, z uwzględnieniem postanowień § 6, lecz nie więcej niż kwota udzielonego Kredytu i jednocześnie nie więcej niż 36 000 zł (słownie: trzydzieści sześć tysięcy złotych). Limit, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, jest wyznaczony łącznie dla obu Zdarzeń Ubezpieczeniowych, stanowiących Utratę Dochodu tj. dla Utraty Pracy oraz Czasowej Niezdolności do Pracy, z zastrzeżeniem zapisów § 10 i 11.

§ 10

1. Świadczenie z tytułu Utraty Pracy w odniesieniu do Ubezpieczonych wskazanych w § 3 ust. 2 wypłacane jest miesięcznie lub kwartalnie (odpowiednio, w zależności od częstotliwości spłat zobowiązań wynikających z umowy Kredytu) w wysokości odpowiadającej kwocie iloczynu Udziału Procentowego oraz każdej kolejnej Raty wynikającej z Pierwotnego Harmonogramu Spłat, z uwzględnieniem postanowień § 6, w terminach wymaganej ich płatności przypadających do zapłaty od Daty Utraty Pracy, z zastrzeżeniem zapisów ustępów poniżej.

2. Świadczenie z tytułu Utraty Pracy w odniesieniu do Ubezpieczonych wskazanych w § 3 ust. 4, którzy:

1) zawarli umowę Kredytu z ratalną spłatą zobowiązań, jest świadczeniem jednorazowym wypłacanym jeden raz w Okresie Odpowiedzialności oraz w kwocie odpowiadającej iloczynowi Raty Kredytu (jednak nie więcej niż 3.000 zł (słownie trzy tysiące złotych), oraz Udziału Procentowego i w terminie płatności tej Raty przypadającej po Dacie Utraty Pracy),

2) zawarli umowę Kredytu z jednorazową spłatą zobowiązań finansowych na koniec okresu kredytowania albo z jednorazową spłatą zobowiązań finansowych oraz odsetek ratalnie wypłacane jest w kwocie odpowiadającej ilorazowi kwoty Kredytu z umowy Kredytu oraz ilości miesięcy kredytowania, z zaokrągleniem do pełnego miesiąca w dół, z zastosowaniem odpowiedniego Udziału Procentowego.

3. Jeżeli do Zdarzenia Ubezpieczeniowego skutkującego wypłatą Świadczenia Miesięcznego lub Kwartalnego, o którym mowa w ust. 1 albo Świadczenia jednorazowego o którym mowa w ust. 2 pkt 1 powyżej dojdzie w czasie trwania okresu zawieszenia spłat Rat Kredytu Świadczenie wypłacane jest w oparciu o Harmonogram bezpośrednio obowiązujący przed zawarciem Aneksu, którego skutkiem jest zawieszenie spłat.

4. Jeśli przed rozwiązaniem Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę skutkującego wystąpieniem Utraty Pracy doszło do zawarcia Aneksu skutkującego zmianą waluty kredytu albo zmianą okresu kredytowania (bez jednoczesnej zmiany wysokości Raty kredytu), wysokość Świadczeń ustalana jest w oparciu o Aneks obowiązujący w dacie rozwiązania Stosunku Pracy lub Stosunku Służbowego lub spółdzielczej umowy o pracę skutkującego wystąpieniem Utraty Pracy. Jeśli skutkiem zawarcia Aneksu, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest zmiana wysokości Raty kredytu Świadczenie wypłacane jest w oparciu

o Harmonogram obowiązujący bezpośrednio przed zawarciem Aneksu.

5. Maksymalna wysokość Świadczenia, o którym mowa w ust. 1, wynosi 3.000 zł (słownie trzy tysiące złotych) dla Świadczenia Miesięcznego oraz 9.000 zł (słownie dziewięć tysięcy złotych) dla Świadczenia Kwartalnego.

6. W przypadku drugiej i każdej następnej Utraty Pracy wypłata Świadczenia Miesięcznego lub Kwartalnego przez Ubezpieczyciela następuje w terminach płatności rat Kredytu przypadających po Dacie Utraty Pracy.

7. Świadczenie o którym mowa w ust. 1 przestaje być wypłacane począwszy od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony:

1) ukończył 65 lat,

2) nabył uprawnienia do emerytury albo renty z ubezpieczenia społecznego,

3) został zatrudniony u nowego pracodawcy bądź przywrócony do pracy u poprzedniego pracodawcy,

4) utracił status Bezrobotnego.

8. Niezależnie od postanowień ust. 7, Świadczenie przestaje być wypłacane począwszy od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym rozwiązaniu uległby Stosunek Pracy lub Stosunek Służbowy lub spółdzielcza umowa o pracę zawarte z Ubezpieczonym na czas określony.

§ 11

1. Świadczenie z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy wypłacane jest miesięcznie lub kwartalnie, w wysokości odpowiadającej kwocie iloczynu Udziału Procentowego oraz każdej kolejnej Raty wynikającej z Pierwotnego Harmonogramu Spłat, której termin wymagalności przypada w okresie objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Czasowej Niezdolności do Pracy, ale nie wcześniej niż po 30 dniu od rozpoczęcia okresu nieprzerwanej Czasowej Niezdolności do Pracy.

2. Jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego wypłatą Świadczenia Miesięcznego lub Kwartalnego dojdzie w czasie trwania okresu zawieszenia spłat Rat Kredytu świadczenie wypłacane jest w oparciu o Harmonogram bezpośrednio obowiązujący przed zawarciem Aneksu, którego skutkiem jest zawieszenie spłat.

3. Jeśli przed pierwszym dniem Czasowej Niezdolności do Pracy doszło do zawarcia Aneksu skutkującego zmianą waluty kredytu albo zmianą okresu kredytowania (bez jednoczesnej zmiany wysokości Raty kredytu), wysokość świadczeń miesięcznych lub kwartalnych ustalana jest w oparciu o Aneks obowiązujący w pierwszym dniu Czasowej Niezdolności do Pracy. Jeśli natomiast skutkiem zawarcia Aneksu, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest zmiana okresu kredytowania albo wysokości Raty kredytu świadczenie miesięczne lub kwartalne z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy wypłacane jest w oparciu o Harmonogram obowiązujący bezpośrednio przed zawarciem Aneksu.

4. Maksymalna wysokość Świadczenia, o którym mowa w ust. 1, wynosi 3.000 zł (słownie: trzy tysiące złotych) dla Świadczenia Miesięcznego oraz 9.000 zł (słownie dziewięć tysięcy złotych) dla Świadczenia Kwartalnego.

5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, przestaje być wypłacane począwszy od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty z ubezpieczenia społecznego.

6. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi przed upływem 30 dni licząc od dnia zakończenia okresu Czasowej Niezdolności do Pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację Świadczenia, o którym mowa w ust. 1, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.

7. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi po upływie 30 dni licząc od dnia zakończenia okresu Czasowej Niezdolności do Pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację Świadczenia, o którym mowa w ust. 1, po upływie 30 kolejnych dni od rozpoczęcia kolejnej niezdolności do pracy.

§ 12

1. W przypadku Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Ubezpieczonemu (z zachowaniem pozostałych zasad opisanych w niniejszych WU) Świadczenia w wysokości iloczynu Udziału Procentowego oraz określonego w ust. 3 procentu Sumy Ubezpieczenia, aktualnej na dzień, w którym nastąpił Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa, z uwzględnieniem postanowień § 6.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Trwałego Inwalidztwa zostanie wypłacone, jeżeli Trwałe Inwalidztwo nastąpiło z upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Trwałego Inwalidztwa.

3. Do ustalenia wysokości Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa brany będzie pod uwagę odpowiedni procent Sumy Ubezpieczenia, przypisany poniżej do danego zdarzenia:

PROCENT SUMY UBEZPIECZENIA

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 wylęczeniem 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%

4. Jeżeli Trwałe Inwalidztwo Ubezpiezonego, będące następstwem jednego lub kilku Nieszczęśliwych Wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia równe kwocie wyliczonej w oparciu o sumę wskazań procentowych, zgodnie z ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5-6.

5. Suma wskazań procentowych, określonych w ust. 3, będących podstawą do wypłacenia Świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa, w całym okresie obejmowania Ubezpiezonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 100%.

6. W przypadku wystąpienia Trwałego Inwalidztwa w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie wyliczone w oparciu o najwyższe ze wskazań procentowych, wskazanych w ust. 3, które dotyczą tego narządu.

7. Jeśli roszczenie z tytułu Trwałego Inwalidztwa dotyczy narządu Ubezpiezonego, z tytułu uszkodzenia, którego zostało wcześniej wypłacone Świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 3 procent Sumy Ubezpieczenia, pomniejszony o procent Świadczenia wcześniej wypłaconego.

8. Świadczenie z tytułu Trwałego Inwalidztwa wypłacane jest pod warunkiem, że Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa wystąpił w Okresie Odpowiedzialności.

§ 13

W przypadku Kredytu udzielonego w walucie obcej lub indeksowanego do waluty obcej Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich i stanowi kwotę wynikającą z zastosowania średniego kursu waluty obcej ogłoszonego przez NBP w dniu roboczym poprzedzającym dzień spłaty raty Kredytu, lecz nie więcej niż 130% wartości raty Kredytu, która wynikałaby z zastosowania średniego kursu waluty obcej ogłaszanego przez NBP, obowiązującego w dniu zawarcia umowy Kredytu.

ROZDZIAŁ 8

ROZPATRYWANIE ROSZCZENIA ORAZ DOKUMENTY POTRZEBNE DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA

§ 14

1. Powiadomienie Ubezpieczyciela przez Ubezpiezonego o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego powinno nastąpić niezwłocznie po dacie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Wystąpienie zdarzenia

ubezpieczeniowego można zgłaszać telefonicznie pod numerem Infolinii: (58) 555 62 66 lub 801 112 072.

2. Przy zgłaszaniu roszczenia można również posłużyć się dostępnym w placówkach PKO BP SA formularzem „Zgłoszenia roszczenia”.

3. W przypadku wystąpienia Utraty Pracy w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:

1) każdorazowo po wystąpieniu Utraty Pracy:

a) oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu Stosunku Pracy, zaświadczenie o uzyskaniu:

- statusu Bezrobotnego – w odniesieniu do Ubezpieczonych wskazanych w § 3 ust. 2,

- statusu Poszukującego Pracy – w odniesieniu do Ubezpieczonych wskazanych w § 3 ust. 4,

b) ostatnia Umowa o Pracę,

c) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia,

d) kopia umowy Kredytu wraz ze stosownym Harmonogramem Spłat Kredytu.

2) przed każdorazową wypłatą Świadczenia Miesięcznego albo Kwartalnego – potwierdzenie z Urzędu Pracy o pozostawaniu Bezrobotnym lub dowód pobrania zasiłku dla Bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności Raty.

4. W przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia spłaty Kredytu na wypadek Czasowej Niezdolności do Pracy w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:

1) każdorazowo po wystąpieniu Czasowej Niezdolności do Pracy:

a) stosowne zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy (druk ZUS-ZLA), a jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu – historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),

b) w przypadku prowadzenia Działalności Gospodarczej - kopia umowa spółki oraz informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców,

c) kopia umowy Kredytu wraz z stosownym Harmonogramem Spłat kredytu.

2) przed każdorazową wypłatą Świadczenia miesięcznego: dowody wypłat zasiłku chorobowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, o ile były opłacane składki chorobowe za danego Ubezpiezonego albo zaświadczeniem lekarskim potwierdzającym nieprzerwane trwanie Czasowej Niezdolności do Pracy – w przypadku Ubezpieczonych, za których nie są opłacane składki na ubezpieczenie chorobowe;

3) dokumentacja medyczna dotycząca leczenia,

4) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku, w przypadku gdy Nieszczęśliwy Wypadek jest przyczyną Czasowej Niezdolności do Pracy.

5. W przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia spłaty Kredytu na wypadek Trwałego Inwalidztwa w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:

a. kopia umowy Kredytu wraz ze stosownym Harmonogramem Spłat Kredytu,

b. dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku i leczenia,

c. dokumentacja medyczna określająca rodzaj uszkodzenia ciała Ubezpiezonego, kwalifikowanego zgodnie z § 2 pkt 34 jako Trwałe Inwalidztwo.

6. W przypadku zgłoszenia roszczenia, z tytułu Zdarzeń Ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 4-5, w celu ustalenia

odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia niezbędne są następujące dokumenty:

1) dokument potwierdzający okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku (kopię protokołu policji lub kopię protokołu prokuratury, jeżeli było prowadzone postępowanie) lub informacja zawierająca numer sprawy oraz adres placówki prowadzącej postępowanie kopia prawa jazdy, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek był wypadkiem komunikacyjnym i Ubezpieczony był kierującym pojazdem; w przypadku braku prawa jazdy wymagany jest, sporządzony przez policję lub prokuraturę, dokument zawierający informację, że Ubezpieczony prowadził pojazd mając odpowiednie uprawnienia.

7. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, 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 lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

8. Dokumenty, o których mowa w ust. 2-5, z wyłączeniem Zgłoszenia roszczenia, mogą być dostarczane jako kopie. Ubezpieczyciel może zażądać oryginałów tych dokumentów albo ich kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem do wglądu.

9. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie, o którym mowa w § 15, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty Świadczenia.

10. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku wymienionego w ust. 1, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć Świadczenie, jeżeli niedopełnienie tych obowiązków przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków Zdarzenia Ubezpieczeniowego.

ROZDZIAŁ 9

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 15

1. Świadczenia z tytułu zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych wypłacane są Ubezpieczonemu.

2. 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.

3. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 1 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.

ROZDZIAŁ 10

ODWOŁANIA, SKARGI I ZAŻALENIA

§ 16

1. Skargi lub zażalenia (reklamacje) w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia może zgłosić Ubezpieczony lub uprawniony z tej umowy osobiście albo za pośrednictwem pełnomocnika lub pośłańca, poprzez jeden z dostępnych kanałów kontaktu, tj.:

1) pisemnie – na adres: 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,

2) mailowo – na adres: skargi@ergohestia.pl,

3) faksem – pod numerem: 58 555 60 01

4) ustnie (telefonicznie – podczas kontaktu z infolinią Ubezpieczyciela pod numerem tel. 58 555 62 66 albo 801 112 072 lub bezpośrednio u Ubezpieczyciela,

2. Reklamację można zgłosić również Bankowi działającemu jako agent ubezpieczeniowy w imieniu i na rzecz STU ERGO Hestia SA.,

3. Reklamacja powinna zawierać:

1) imię, nazwisko (nazwę), adres i numer telefonu kontaktowego zgłaszającego reklamację;

2) numer zgłoszenia szkody lub numer polisy;

3) przedmiot reklamacji;

4) uzasadnienie reklamacji, z podaniem ewentualnych dowodów.

4. Reklamacje rozpatrywane są przez dedykowaną jednostkę wyznaczoną przez Zarząd Ubezpieczyciela.

5. Po rozpatrzeniu reklamacji, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu w ciągu 14 dni roboczych od zgłoszenia, pisemnie lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w reklamacji. O sposobie rozpatrzenia reklamacji powiadamia zgłaszającego reklamację w formie pisemnej bądź innej z nim uzgodnionej.

6. 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 lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

7. Ubezpieczonemu lub innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo wniesienia uwag do Miejskiego i Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

8. Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia za zgodą obu stron sporu mogą zostać poddane rozstrzygnięciu przez sąd polubowny, utworzony przy Rzeczniku Ubezpieczonych – Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, działający zgodnie z jego regulaminem.

ROZDZIAŁ 10

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

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 NBP.

§ 18

Oświadczenia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski składane Ubezpieczycielowi i przez Ubezpieczyciela, powinny być złożone na piśmie.

§ 19

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem Świadczenia nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Opłaty związane z płatnościami Składek Ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U.2014.121 j.t.), ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U.2013.674 j.t.) oraz Kodeksu pracy.
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.

§ 21

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 22

Niniejsze WU obowiązują od dnia 30 marca 2015 roku i mają zastosowanie do osób zawierających Umowę Ubezpieczenia od tego dnia.

Pełnomocnik Zarządu



Renata Mordaka

Postanowienia dodatkowe do „Warunków ubezpieczenia utraty dochodu i trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku dla Kredytobiorców posiadających kredyty Aurum / Platinium w PKO BP SA (kod: API-PKO BP 01/15)” (dalej: „warunki ubezpieczenia”), stanowiące integralną część warunków ubezpieczenia, obowiązujące od 01 stycznia 2016 r.

§ 1 REKLAMACJE

Poniższe postanowienia zastępują postanowienia § 16 ust. 1-5 warunków ubezpieczenia:

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ERGO Hestię (reklamacja), wykorzystując jeden z poniższych kanałów kontaktu:
 - a) poprzez formularz na stronie internetowej:
www.ergohestia.pl/kontakt,
 - b) telefonicznie – poprzez infolinię ERGO Hestii pod numerem: (58) 555 62 66 lub 801 112 072,
 - c) pisemnie – na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
 - d) ustnie lub pisemnie – podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia SA.
2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd ERGO Hestii.
3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.
4. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:
 - a) na piśmie,
 - b) za pomocą innego trwałego nośnika informacji,
 - c) pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.
5. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

§ 2 WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

Poniższe postanowienia zastępują postanowienia § 16 ust. 6 warunków ubezpieczenia:

Spory wynikające z Umowy Ubezpieczenia są rozpatrywane według prawa polskiego, a roszczeń można dochodzić przed sądem według właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy Ubezpieczenia. Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpiezonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia

§ 3 ODSĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

Poniższe postanowienia zastępują postanowienia § 5 ust. 2 warunków ubezpieczenia:

Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczającym jest przedsiębiorca - 7 dni od daty jej zawarcia, przez złożenie ERGO Hestii oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ERGO Hestia nie poinformowała Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym ERGO Hestia udzielała ochrony ubezpieczeniowej.

Na wstępie warunków ubezpieczenia dodaje się tabelę o poniższej treści:

Informacja zamieszczana w stosowanym wzorcu umów - w Warunkach ubezpieczenia utraty dochodu i trwałego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku dla Kredytobiorców posiadających kredyty Aurum / Platinum w PKO BP SA (kod: API-PKO BP 01/15):

Rodzaj informacji	Numer zapisu i strona wzorca umowy
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 pkt 6,7,8, pkt 34, pkt 40, 41, § 3 ust. 2-8, § 10 ust. 1,2,4,6, § 11 ust. 1,6,7, § 12 ust. 1-4, 8
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 4,5, pkt 17,22,25,27,32, pkt 37, § 4 ust. 4-6, § 6 ust. 2, § 7, § 8, § 9, § 10 ust. 2,5,7,8, § 11 ust. 4,5, § 12 ust. 5-7, § 13, § 14 ust. 10

3) koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych – nie dotyczy