

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA UŻYTKOWNIKÓW KART KREDYTOWYCH PKO BANKU POLSKIEGO SA OD RYZYKA UTRATY PRACY I NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Użytkowników Kart Kredytowych PKO Banku Polskiego SA od Ryzyka Utraty Pracy i Niezdolności do Pracy zwane dalej OWU stosuje się w umowie grupowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy Financial Insurance Company Limited z siedzibą w Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London W4 5XR, Wielka Brytania, wpisaną do rejestru Companies House Wielka Brytania pod numerem 1515187, zwaną dalej Zakładem Ubezpieczeń a PKO Bankiem Polskim SA, zwanego dalej Bankiem, na rzecz Użytkowników kart kredytowych Banku.
2. W sprawach nieuregulowanych w OWU stosuje się przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

DEFINICJE

§ 2.

Użyte w OWU określenia oznaczają:

administrator – administrator umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU i firma prowadząca proces likwidacji szkód - Financial Insurance Group Services Spółka z o.o. oddział w Polsce używająca także nazwy handlowej Genworth Financial,

choroba istniejąca - każda choroba, stan chorobowy, obrażenie ciała lub związane z nimi objawy, niezależnie od tego czy zostały zdiagnozowane, o których Ubezpieczony wiedział w dniu przystąpienia do ubezpieczenia lub w związku, z którymi udał się do lekarza lub umówił wizytę w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do ubezpieczenia,

choroba przewlekła – każda choroba, stan chorobowy, obrażenie ciała lub związane z nimi objawy, o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, która istnieje w dniu przystąpienia Posiadacza karty do ubezpieczenia, niezależnie od tego czy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia wymagała interwencji medycznej, czy też nie, i spełniająca, co najmniej jeden z poniższych warunków:

- trwa bez ograniczeń w czasie,
- jest nieuleczalna i pozostaje pod regularną kontrolą medyczną,
- przejawia symptomy, które się powtarzają i w przeszłości wymagały leczenia, konsultacji, kontroli lub badań,
- wymaga długotrwałego monitorowania lub leczenia, konsultacji lub kontroli,

deklaracja przystąpienia – część umowy o kartę kredytową, na którym Użytkownik karty wyraża wolę objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia,

działalność gospodarcza - prowadzenie działalności gospodarczej we własnym imieniu, na podstawie wpisu do ewidencji działalności gospodarczej, i odprowadzanie obowiązkowych składek na ubezpieczenie społeczne wynikających z prowadzenia tej działalności,

dzień przystąpienia do ubezpieczenia – dzień podpisania przez Użytkownika karty deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia,

dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej - dzień podpisania przez Użytkownika karty umowy o kartę kredytową, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej,

dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego - w przypadku roszczeń z tytułu ochrony na wypadek niezdolności do pracy jest to dzień następujący po ostatnim dniu świadczenia pracy przez Ubezpieczonego. W przypadku roszczeń z tytułu ochrony na wypadek utraty pracy jest to dzień uzyskania statusu osoby bezrobotnej, gdy wypowiedzenie umowy nie jest wynikiem działań Ubezpieczonego ani nie jest spowodowane okolicznościami, za które Ubezpieczony ponosi odpowiedzialność na podstawie przepisów prawa pracy; w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą, jest to dzień uzyskania statusu bezrobotnego pod warunkiem wcześniejszego zaprzestania prowadzenia i wyrejestrowania działalności gospodarczej,

emerytura – zaprzestanie wykonywania pracy i brak zamiaru powrotu do pracy oraz nabycie przez Ubezpieczonego prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy, renty szkoleniowej, renty socjalnej lub pobieranie zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego,

karta – główna karta kredytowa MasterCard Aspiracje Standard Adm. lub główna karta kredytowa MasterCard Aspiracje Gold Adm. wydana przez Bank Użytkownikowi karty zgodnie z umową o kartę kredytową,

miesięczne odszkodowanie – odszkodowanie wypłacane na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia równe wartości 5% salda zadłużenia karty kredytowej istniejącego na 30 dni przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, ale nie mniej niż 30 zł w przypadku karty MasterCard Aspiracje Standard Adm. i 50 zł w przypadku karty MasterCard Aspiracje Gold Adm.

niezdolność do pracy - każda choroba, stan chorobowy, obrażenie ciała lub związane z nimi objawy, które nie pozwalają Ubezpieczonemu na wykonywanie dotychczasowej pracy lub jakiegokolwiek innego zajęcia zgodnego z posiadanymi kwalifikacjami, wykształceniem lub doświadczeniem zawodowym, które przynoszą dochód,

okres rozliczeniowy - okres upływający pomiędzy następującymi po sobie dniami spłaty kwoty minimalnej należności wskazanej na wyciągu karty kredytowej Banku, nie dłuższy niż 31 dni, który nie musi pokrywać się z miesiącem kalendarzowym

okres ubezpieczenia - dla każdego Ubezpieczonego – jeden miesiąc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym ochrona jest przedłużana automatycznie na kolejne miesiące pod warunkiem opłacenia składki,

prawidłowa ciąża - obejmuje:

objawy normalnie towarzyszące ciąży (w tym ciąży mnogiej), generalnie niegroźne lub przemijające, występujące osobno lub łącznie (np. poranne mdłości, zmęczenie itp.), nie stanowiące, z medycznego punktu widzenia, zagrożenia dla matki lub dziecka,

oraz poród, w tym poprzez cesarskie cięcie, lub inny poród przy asyście medycznej lub chirurgicznej, nie powodujący powikłań medycznych,

rachunek karty kredytowej – rachunek bankowy Użytkownika karty prowadzony w PKO Banku Polskim SA, służący do obsługi karty,

rolnik - osoba, która jest właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. (Dz. U. nr 16 poz. 93 ze zmianami) lub podlega ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu stałej pracy jako współmałżonek lub domownik,

składka ubezpieczeniowa – kwota pieniężna należna Zakładowi Ubezpieczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia,

szpital - działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych, w specjalnie do tego przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania poważnych zabiegów chirurgicznych; w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia szpitalem nie jest zakład rekonwalescencyjny, opiekuńczy ani sanatoryjny,

Ubezpieczający – Bank zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacania składki ubezpieczeniowej na podstawie niniejszych OWU,

Ubezpieczony – osoba fizyczna, która spełnia warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową i jest objęta ochroną ubezpieczeniową przez Zakład Ubezpieczeń na zasadach określonych w niniejszych OWU,

umowa o kartę kredytową – umowa o kartę kredytową zawarta pomiędzy Użytkownikiem karty a Bankiem,

umowa ubezpieczenia - umowa grupowego ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych OWU, w której Zakład Ubezpieczeń zobowiązuje się do spełnienia określonego świadczenia w przypadku zajścia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zdarzenia, a Ubezpieczający zobowiązuje się do zapłacenia składki ubezpieczeniowej,

utrata pracy – wypowiedzenie umowy o pracę zawartej na czas określony lub na czas nie określony, nie będące wynikiem działań Ubezpieczonego lub spowodowane okolicznościami, za które Ubezpieczony nie ponosi odpowiedzialności na podstawie przepisów prawa pracy, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego; w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – zaprzestanie prowadzenia działalności i jej wyrejestrowanie oraz uzyskanie statusu bezrobotnego,

Użytkownik karty – osoba fizyczna, która zawarła umowę z Bankiem o wydanie karty kredytowej głównej; na potrzeby niniejszych OWU przyjmuje się, że Użytkownik karty jest jednocześnie Ubezpieczonym,

zatrudnienie na czas nieokreślony – świadczenie pracy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony zgodnie z przepisami kodeksu pracy,

zatrudnienie na czas określony – wykonywanie pracy w sposób ciągły, na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony; zgodnie z zasadami określonymi w niniejszych warunkach ubezpieczenia definicja ta nie obejmuje osób wykonujących pracę jako pracownik tymczasowy lub na zastępstwo, lub na okres próbny w rozumieniu kodeksu pracy,

zdarzenie ubezpieczeniowe – utrata pracy przez Ubezpieczonego lub niezdolność Ubezpieczonego do pracy.

UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Datą zawarcia umowy ubezpieczenia jest dzień jej podpisania przez Ubezpieczającego i Zakład Ubezpieczeń.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. Przedmiotem ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU jest ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego lub niezdolności do wykonywania pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony ubezpieczeniowej dla Użytkowników kart kredytowych obejmuje ochronę dla osób zatrudnionych na czas nieokreślony, określony oraz osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą z tytułu niezamierzonej utraty pracy i niezdolności do pracy będącej skutkiem wypadku lub zachorowania.
3. W przypadku zajścia któregośkolwiek ze zdarzeń opisanych w pkt. 2 niniejszego paragrafu Zakład Ubezpieczeń zobowiązuje się do wypłaty należnego odszkodowania w wysokości określonej w pkt. 4 niniejszego paragrafu przez maksymalnie 6 kolejnych miesięcy.
4. W ramach miesięcznego odszkodowania Zakład Ubezpieczeń pokrywa 5% miesięcznego salda zadłużenia karty kredytowej, istniejącego na 30 dni przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, ale nie mniej niż 30 zł w przypadku karty MasterCard Aspiracje Standard Adm. i 50 zł w przypadku karty MasterCard Aspiracje Gold Adm..
5. Wysokość miesięcznego odszkodowania związanego z wystąpieniem tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego jest stała dla całego okresu, w którym odszkodowania te są wypłacane.
6. W wyniku jednego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony może zgłosić roszczenie tylko z jednego tytułu - ubezpieczonego ryzyka (utrata pracy lub niezdolność do pracy).
7. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do każdego Ubezpieczonego trwa jeden miesiąc i jest przedłużana na kolejne okresy miesięczne, pod warunkiem opłacenia składki.

WARUNKI ROZPOCZĘCIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 5.

1. Zakład Ubezpieczeń obejmuje ochroną ubezpieczeniową wyłącznie Użytkowników karty w rozumieniu niniejszych OWU.
2. Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęci Użytkownicy kart spełniający wymogi określone w niniejszych OWU, tj.:
 - a) w dniu zawarcia umowy mają ukończone 18 lat, ale nie więcej niż 65 lat,
 - b) w dniu składania wniosku o udzielenie ochrony ubezpieczeniowej pozostają w stosunku pracy lub prowadzą działalność gospodarczą na własny rachunek,
 - c) są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nie określony nieprzerwanie od co najmniej 6 miesięcy (nie bierze się pod uwagę przerwy w zatrudnieniu krótszej niż 2 tygodnie), lub
 - d) są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony nieprzerwanie od co najmniej 24 miesięcy u tego samego pracodawcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem, że ostatnia umowa została co najmniej jeden raz przedłużona a czas pozostały do końca oznaczonego okresu obowiązywania umowy o pracę wynosi co najmniej 12 miesięcy (nie bierze się pod uwagę przerwy w zatrudnieniu krótszej niż 2 tygodnie), lub
 - e) są osobami fizycznymi prowadzącymi od co najmniej 12 miesięcy działalność gospodarczą, jeżeli do dnia przystąpienia do ubezpieczenia Posiadacz karty nie złożył wniosku o wyrejestrowanie działalności gospodarczej (nie bierze się pod uwagę przerwy w prowadzeniu działalności gospodarczej krótszej niż 2 tygodnie),
 - f) nie są zatrudnieni jako górnicy dołowi na kopalni węgla kamiennego lub nie utrzymują się wyłącznie z działalności rolniczej,
 - g) podpisali deklarację przystąpienia (będącą częścią umowy o wydanie karty kredytowej) na przystąpienie do ubezpieczenia, w której potwierdzili swój dobry stan zdrowia,
 - h) mieszkają i pracują w Polsce, oraz
 - i) nie posiadają informacji dotyczących:
 - i. potencjalnej utraty pracy, lub
 - ii. żadnych chorób istniejących, dających podstawę do wystąpienia z roszczeniem o wypłatę odszkodowania z tytułu niezdolności do pracy.
3. Odpowiedzialność odszkodowawcza w stosunku do każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się z upływem 90 dniowego okresu wyłączenia odpowiedzialności oraz 30 dniowego okresu oczekiwania, po upływie którego Ubezpieczony pozostawał nadal bezrobotnym lub niezdolnym do pracy.

4. W zakresie ponoszonej odpowiedzialności Zakład Ubezpieczeń wypłaci odszkodowanie pod warunkiem opłacenia należnej składki ubezpieczeniowej za miesiąc rozliczeniowy, w którym wystąpiło ubezpieczone zdarzenie.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 6.

1. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego okresu rozliczeniowego na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego jest równa 5% salda zadłużenia karty kredytowej istniejącego na 30 dni przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, ale nie mniej niż 30 zł w przypadku karty MasterCard Aspiracje Standard Adm. i 50 zł w przypadku karty MasterCard Aspiracje Gold Adm..
2. Maksymalna suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego okresu rozliczeniowego ograniczona jest do kwoty 2 500 złotych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 7.

1. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu umowy ubezpieczenia jest ustalana przy uwzględnieniu przewidywanych do wypłacenia kwot odszkodowań, kosztów akwizycyjnych i administracyjnych związanych z zawarciem i obsługą umowy ubezpieczenia, a także liczby Ubezpieczonych.
2. Wysokość stopy składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego określona jest w umowie grupowego ubezpieczenia.
3. Wysokość składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego, należnej za dany miesiąc udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest równa iloczynowi stopy składki obowiązującej w danym miesiącu i wysokości salda zadłużenia karty określonego w wyciągu bankowym za dany okres rozliczeniowy.
4. Składka ubezpieczeniowa dotycząca wszystkich Ubezpieczonych jest należna za każdy rozpoczęty miesiąc udzielania ochrony ubezpieczeniowej, i jest płatna miesięcznie przez Ubezpieczającego, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń.
5. Dzień wymagalności składki ubezpieczeniowej przypada na trzeci dzień każdego kolejnego miesiąca obowiązywania umowy ubezpieczenia.
6. Termin płatności składki ubezpieczeniowej przypada na 10 dzień miesiąca następujący po miesiącu, za który jest ona należna.
7. Za datę opłacenia składki ubezpieczeniowej uznaje się datę jej wpływu na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń.
8. Składka ubezpieczeniowa nie podlega indeksacji.

USTALENIE ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

UTRATA PRACY

§ 8.

1. Odszkodowanie przysługuje pod warunkiem, że utrata pracy Ubezpieczonego wystąpiła po 90 dniach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Z zastrzeżeniem ust.1 powyżej, za pierwsze 60 dni po utracie pracy Ubezpieczonemu przysługuje jedno odszkodowanie miesięczne.
3. Za każde kolejne 30 dni pozostawania bez pracy Ubezpieczonemu przysługuje jedno odszkodowanie miesięczne.
4. Wysokość maksymalnego odszkodowania w stosunku do każdego Ubezpieczonego z tytułu jednego zdarzenia utraty pracy nie może przekroczyć 6 odszkodowań miesięcznych.
5. W przypadku kolejnej utraty pracy przez Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń rozpoczyna się z upływem 60 dni ciągłej przerwy w pracy Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, iż kolejna utrata pracy poprzedzona była co najmniej 6 miesięcznym okresem ciągłego zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony.
6. Osobom zatrudnionym w oparciu o umowę o pracę zawartą na czas określony oraz osobom prowadzącym działalność gospodarczą przysługuje prawo występowania z kolejnymi roszczeniami o odszkodowanie z tytułu utraty pracy, jeżeli kolejna praca była zawarta w oparciu o umowę zawartą na czas nieokreślony i Ubezpieczony spełnia pozostałe warunki określone w niniejszych warunkach ubezpieczenia.
7. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia Użytkownicy karty, którzy przystąpili do ubezpieczenia przed terminem rozwiązania tej umowy, są objęci ochroną ubezpieczeniową zgodnie z niniejszymi warunkami ubezpieczenia do końca okresu ubezpieczenia, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.

NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

§ 9.

1. Odszkodowanie przysługuje pod warunkiem, że w dniu wystąpienia zdarzenia niezdolności do pracy Ubezpieczony był zatrudniony na czas nieokreślony lub określony lub prowadził działalność gospodarczą.
2. Odszkodowanie przysługuje pod warunkiem, że zdarzenie niezdolności ubezpieczonego do pracy wystąpiło po 90 dniach od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Z zastrzeżeniem ust. 2 powyżej, za pierwsze 60 dni niezdolności ubezpieczonego do pracy przysługuje jedno odszkodowanie miesięczne.
4. Za każde kolejne 30 dni niezdolności Ubezpieczonego do pracy Ubezpieczonemu przysługuje jedno odszkodowanie miesięczne.
5. Wysokość odszkodowania w stosunku do każdego Ubezpieczonego z tytułu jednego zdarzenia niezdolności do pracy nie może przekroczyć 6 odszkodowań miesięcznych.

6. W przypadku ponownego zgłoszenia roszczenia z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy kolejne odszkodowania przysługują zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) W przypadku, gdy kolejna niezdolność Ubezpieczonego do pracy wynika z tej samej przyczyny, po zgłoszeniu jednej niezdolności do pracy, a przed zgłoszeniem następnego roszczenia powinien upłynąć nieprzerwany okres co najmniej 180 dni lub
 - b) W przypadku, gdy niezdolność Ubezpieczonego do pracy wynika z innej przyczyny - po zgłoszeniu jednej niezdolności do pracy, a przed zgłoszeniem następnego roszczenia powinien upłynąć nieprzerwany okres co najmniej 30 dni.
7. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia Użytkownicy karty, którzy przystąpili do ubezpieczenia przed terminem rozwiązania tej umowy, są objęci ochroną ubezpieczeniową zgodnie z niniejszymi warunkami ubezpieczenia do końca okresu ubezpieczenia, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 10.

1. Wszelkie dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia powinny być złożone na adres Administratora wskazany w § 16 ust. 10 niniejszych OWU.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia o odszkodowanie z tytułu utraty pracy, należy złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia,
 - b) kopię dowodu osobistego,
 - c) zaświadczenie o nadaniu Ubezpieczonemu statusu bezrobotnego oraz w przypadku osób, które były zatrudnione na podstawie umowy o pracę na czas określony lub prowadziły działalność gospodarczą dodatkowo zaświadczenie o posiadaniu prawa do zasiłku dla bezrobotnych, wydane przez właściwy urząd pracy,
 - d) kopię wypowiedzenia umowy o pracę zawartej na czas nie określony lub określony albo kopię porozumienia o rozwiązaniu umowy o pracę na czas nieokreślony na podstawie ustawy o rozwiązaniu umowy o pracę z przyczyn niedotyczących pracowników wraz z uzasadnieniem,
 - e) kopię świadectwa pracy od ostatniego pracodawcy,
 - f) wszelkie inne dokumenty wymagane przez Zakład Ubezpieczeń niezbędne do zweryfikowania czy Ubezpieczony spełnia warunki uzyskania świadczenia oraz do określenia wysokości tego świadczenia, włącznie z oryginałem dokumentacji umowy o kartę kredytową i aneksów do niej.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o odszkodowanie z tytułu niezdolności do pracy, należy złożyć następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia,
 - b) kopię dowodu osobistego,

- c) kopię zaświadczenia lekarskiego (formularz ZUS ZLA) oraz jeśli ma to zastosowanie historię pobytu w szpitalu,
 - d) opis wypadku i raport policyjny (jeśli ma zastosowanie),
 - e) potwierdzenie prowadzenia działalności na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą (wypis z rejestru)
 - f) wszelkie inne dokumenty wymagane przez Zakład Ubezpieczeń niezbędne do zweryfikowania czy Ubezpieczony spełnia warunki uzyskania świadczenia oraz do określenia wysokości tego świadczenia, włącznie z oryginałem dokumentacji umowy o kartę kredytową i aneksów do niej.
4. W przypadku zgłaszania roszczenia z tytułu niezdolności do pracy część formularza wypełniana przez lekarza oraz dokumenty zawierające informacje medyczne powinny zostać przekazane w zaklejonej kopercie.
 5. Ustalenie zasadności oraz wysokości miesięcznego odszkodowania następuje na podstawie pełnej dokumentacji określonej w niniejszych warunkach ubezpieczenia, z uwzględnieniem formy świadczonej pracy w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 6. Zakład Ubezpieczeń działający za pośrednictwem Genworth Financial zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentów przedłożonych przez Bank i Ubezpieczonego. W przypadku stwierdzenia, iż udzielone informacje lub przedłożone dokumenty są nieprawdziwe Zakład Ubezpieczeń ma prawo odmówić wypłaty odszkodowania.
 7. W przypadku, gdy dokumentacja, o której mowa w § 11 pkt. 1 i 2, nie jest wystarczająca do ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń - Zakład Ubezpieczeń zastrzega sobie prawo wglądu do dodatkowej dokumentacji medycznej (m.in. historii choroby) oraz pozyskania informacji medycznych u lekarzy prowadzących leczenie, jak również zasięgania opinii lekarzy konsultantów.
 8. W czasie rozpatrywania roszczenia Ubezpieczony jest zobowiązany do terminowego regulowania zobowiązań wynikających z umowy karty kredytowej.
 9. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia od Ubezpieczonego Zakład Ubezpieczeń za pośrednictwem Genworth Financial w terminie 7 dni roboczych informuje o tym Bank i Ubezpieczonego oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także informuje Ubezpieczonego pisemnie lub drogą elektroniczną, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania.
 10. Jeżeli odszkodowanie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Zakład Ubezpieczeń za pośrednictwem Genworth Financial informuje o tym pisemnie Bank i Ubezpieczonego w terminach, o których mowa w § 12 pkt.8, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty odszkodowania - informacja ta powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

11. Zakład Ubezpieczeń za pośrednictwem Genworth Financial jest zobowiązany do udostępniania Bankowi i Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń i wysokości odszkodowania, z zastrzeżeniem, że prawo wglądu do dokumentacji medycznej ma wyłącznie Ubezpieczony.
12. Z zastrzeżeniem postanowień punktu poprzedniego dotyczących dokumentacji medycznej Bank i Ubezpieczony mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na własny koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ponadto, Genworth Financial jest zobowiązany, na żądanie Banku lub Ubezpieczonego, do udostępniania posiadanych przez siebie informacji związanych ze zdarzeniem ubezpieczeniowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń oraz z ustaleniem wysokości odszkodowania.

WYPŁATA ODSZKODOWANIA

§ 11.

1. Każdorazowo przed wypłatą miesięcznego odszkodowania Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć zaświadczenie z właściwego urzędu pracy potwierdzające posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego.
2. Po wypłacie pierwszego odszkodowania, w kolejnych miesiącach Ubezpieczony otrzyma dokument składający się z informacji dotyczących ostatniego wypłaconego odszkodowania oraz formularza zgłoszenia kolejnego roszczenia. Formularz ten powinien zostać wypełniony, jeśli Ubezpieczony pozostaje bez pracy lub jest niezdolny do jej wykonywania przez kolejny 30 dniowy okres.
3. W przypadku niezdolności do pracy należy wypełnić odrębny formularz, w którym lekarz prowadzący leczenie wpisuje informacje o stanie zdrowia pacjenta i podaje przewidywany termin jego powrotu do zdrowia. Dodatkowo do formularza należy dołączyć kopię druku zaświadczenia lekarskiego (formularz ZUS ZLA).
4. Odszkodowanie jest wypłacane na rachunek karty. Wypłata drugiego i kolejnych miesięcznych odszkodowań jest dokonywana pod warunkiem, że Ubezpieczony nadal nieprzerwanie posiada status osoby bezrobotnej lub jest niezdolny do pracy.
5. Zakład Ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie do 30 dni od dnia zgłoszenia roszczenia i złożenia dokumentów, o których mowa w niniejszych OWU.
6. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń albo wysokości odszkodowania nie było możliwe w terminie określonym w pkt.5, Zakład Ubezpieczeń wypłaca odszkodowanie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania Zakład Ubezpieczeń wypłaca w terminie określonym w pkt.5.
7. Jeżeli w terminach określonych w pkt. 5 i 6 Zakład Ubezpieczeń nie wypłaci odszkodowania, pisemnie zawiadamia Bank i Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonych roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część odszkodowania.

ZMIANA PODSTAWY ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 12.

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do pisemnego powiadomienia Genworth Financial o fakcie utraty pracy, jeżeli zdarzenie to miało miejsce w czasie, kiedy Ubezpieczony otrzymywał miesięczne odszkodowanie z tytułu niezdolności do pracy.
2. W takiej sytuacji Zakład Ubezpieczeń wypłaci Ubezpieczonemu odszkodowanie z tytułu niezdolności do pracy przez okres, w którym Ubezpieczony był uprawniony do otrzymywania takiego odszkodowania.
3. Jeżeli Ubezpieczony będzie nadal posiadał status osoby bezrobotnej po uznaniu przez lekarza, że jest zdolny do wykonywania pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Genworth Financial, a następnie do wypełnienia wniosku o wypłatę roszczenia z tytułu utraty pracy.
4. Ubezpieczony jest zobowiązany do pisemnego powiadomienia Genworth Financial o fakcie otrzymania orzeczenia o niezdolności do pracy, jeżeli zdarzenie to miało miejsce w czasie, kiedy Ubezpieczony otrzymywał miesięczne odszkodowanie z tytułu utraty pracy.
5. W takiej sytuacji Ubezpieczony jest zobowiązany do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Genworth Financial, a następnie do wypełnienia wniosku o wypłatę roszczenia z tytułu niezdolności do pracy.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie spełnia warunków do otrzymania odszkodowania z tytułu niezdolności do pracy jest uprawniony do otrzymywania kolejnych odszkodowań z tytułu utraty pracy, oczywiście pod warunkiem, że nadal spełnia warunki do otrzymania takiego odszkodowania.
7. W przypadku zmiany podstawy zgłaszania roszczenia, Zakład Ubezpieczeń maksymalnie wypłaci łącznie 6 miesięcznych odszkodowań za roszczenia z tytułu utraty pracy i niezdolności do pracy.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 13.

1. Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w wyniku:
 - a) działań wojennych, w tym wojny domowej, (niezależnie od tego czy wojna została wypowiedziana, czy też nie), inwazji, napaści, stanu wojennego, rozruchów wewnętrznych, rebelii, terroryzmu, sabotażu, rewolucji albo powstania zbrojnego lub prawnie uzasadnionych działań sił zbrojnych lub przejęcia władzy, łącznie z bezpośrednimi i długofalowymi skutkami użycia broni masowego rażenia,
 - b) uwolnienia ciepła i promieniowania pochodzącego z rozszczepienia lub syntezy atomów lub radioaktywności, jak również pochodzących z promieniowania spowodowanego sztucznym przyspieszeniem cząsteczek, promieniowaniem

jonizującym lub skażeniem radioaktywnym pochodzącym z paliwa jądrowego lub odpadów nuklearnych lub ryzyka dotyczącego sprzętu nuklearnego, oraz skażenia toksycznego,

- c) strajków, zamieszek i rozruchów społecznych,
- d) wstrząsów podziemnych, trzęsienia ziemi, erupcji wulkanów, podmorskiego trzęsienia ziemi oraz podobnego osunięcia gruntu, zapadnięcia terenu lub obsuwania się gruntu oraz innych zjawisk geologicznych, jak również wszelkich wydarzeń katastroficznych związanych z nieuniknionym działaniem sił natury,
- e) jakiegokolwiek przestępstwa popełnionego przez Ubezpieczonego
- f) jakiegokolwiek oszustwa, mylącego oświadczenia lub zatajenia informacji przez Ubezpieczonego we wniosku lub w związku z jakąkolwiek inną okolicznością mającą wpływ na ochronę ubezpieczeniową wynikającą z niniejszych OWU lub w momencie zgłaszania szkody, o ile ma to wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
- g) pracy poza Polską, chyba że Ubezpieczony:
 - i) pracuje dla polskich sił zbrojnych lub jako urzędnik państwowy w polskiej ambasadzie lub konsulacie, albo
 - ii) pracuje przy określonym projekcie przez okres krótszy niż 30 dni i faktycznie przebywał poza Polską przez okres krótszy niż 30 dni, albo
 - iii) pracuje dla pracodawcy będącego spółką zarejestrowaną w Polsce, która oddelegowała Ubezpieczonego do pracy w innym kraju Unii Europejskiej na takich samych warunkach.

2. Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego, jeżeli:

- a) utrata pracy przez Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu pierwszych 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- b) okres ciągłej przerwy w pracy spowodowany utratą pracy był krótszy niż 60 dni,
- c) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony wiedział, że utraci pracę,
- d) umowa o pracę zawarta na czas określony wygasła,
- e) utrata pracy ma miejsce w okresie trwania umowy o pracę zawartej na okres próbny,
- f) Ubezpieczony wykonuje pracę na zastępstwo lub jest pracownikiem tymczasowym,
- g) Ubezpieczony wykonuje pracę sezonową,
- h) Ubezpieczony pracuje przy określonym projekcie, a ten dobiega końca,
- i) Ubezpieczony przechodzi na emeryturę,

- j) Ubezpieczony został zwolniony na skutek udziału w strajku lub w lokauce,
 - k) Ubezpieczony został zwolniony z powodu niewłaściwego wykonywania pracy, w tym oszustwa, nieuczciwości lub innego czynu dającego podstawy pracodawcy zgodnie z Prawem Pracy do rozpoczęcia postępowania dyscyplinarnego,
 - l) Ubezpieczony był zatrudniony przez podmiot gospodarczy należący do jego krewnych (do drugiego stopnia pokrewieństwa włącznie), w tym krewnych współmałżonka,
 - m) Ubezpieczony był współnikiem podmiotu zatrudniającego, bezpośrednio zasiadającym w jego organach zarządczych lub posiadającym w nich swego przedstawiciela,
 - n) utrata pracy przez Ubezpieczonego nastąpiła na mocy porozumienia stron, wyłączenie to obejmuje również skutki dobrowolnego skrócenia okresu wypowiedzenia,
 - o) Ubezpieczony wykonuje jakąkolwiek aktywność przynoszącą dochód.
3. Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu niezdolności do pracy, jeżeli ryzyka te zrealizowały się wskutek:
- a) niezdolności do pracy następującej w ciągu 90 dni od dnia rozpoczęcia ochrony,
 - b) choroby przewlekłej istniejącej w momencie zawarcia umowy,
 - c) bólu kręgosłupa lub innych dolegliwości z tym związanych, chyba że istnieje dokumentacja medyczna potwierdzająca ten stan. Za taką dokumentację Zakład Ubezpieczeń uznaje historię choroby uzyskaną od odpowiedniego specjalisty lub lekarza domowego. W obu przypadkach Zakład Ubezpieczeń może poprosić o udostępnienie wyników badań w postaci np. prześwietlenia, rezonansu elektromagnetycznego, tomografii komputerowej itp.,
 - d) spożycia alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających chyba że spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lub pod nadzorem lekarza,
 - e) jakiegokolwiek choroby związanej pośrednio lub bezpośrednio z HIV lub AIDS,
 - f) operacji lub leczenia, które nie jest z medycznego punktu widzenia niezbędne, w tym z operacji kosmetycznej, plastycznej lub upiększającej,
 - g) samookaleczenia, niezależnie od tego czy dokonanego w stanie poczytalności czy niepoczytalności lub okaleczenia dokonanego przez osobę trzecią na żądanie Ubezpieczonego,
 - h) w związku z jakimkolwiek popełnionym przez Ubezpieczonego przestępstwem, w tym wypadkiem drogowym spowodowanym przez Ubezpieczonego,
 - i) choroby zawodowej Ubezpieczonego, choroby istniejącej lub choroby przewlekłej,
 - j) prawidłowej ciąży,

- k) nieuzasadnionej odmowie skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzeganie zaleceń lekarza lub poddanie się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub wykwalifikowanego personelu, chyba że miały one związek z wypadkiem,
- l) wypadków związanych z działalnością zawodową Ubezpieczonego jako sportowca lub osoby uprawiającej niebezpieczne/ekstremalne sporty, takie jak: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jazda konna, wspinaczka górską, paralotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierka, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, speleologia i wspinaczka skałkowa, skoki do wody, nurkowanie bez sprzętu, lotniarstwo i czynny udział w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
- m) uczestnictwa w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, który nie posiada licencji na przewóz pasażerów.

ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 14.

Ochrona ubezpieczeniowa oraz wypłata odszkodowań miesięcznych kończy się w stosunku do każdego Ubezpieczonego automatycznie z wystąpieniem wcześniejszego z wymienionych poniżej zdarzeń:

- a) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
- b) gdy Ubezpieczony osiągnie 65 lat, lub przejdzie na emeryturę. Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie poinformować o tym fakcie Zakład Ubezpieczeń za pośrednictwem Genworth Financial,
- c) w dniu zakończenia trwania umowy o kartę kredytową Ubezpieczonego,
- d) w dniu wypowiedzenia przez Bank umowy o kartę kredytową,
- e) w dniu całkowitej spłaty zadłużenia na karcie kredytowej bez uwzględnienia spóźnionych płatności, zgodnie z umową o kartę kredytową.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 15.

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia.
2. Ubezpieczający ma prawo rozwiązania umowy ubezpieczenia z zachowaniem 30-dniowego terminu wypowiedzenia ze skutkiem na dzień wymagalności kolejnej składki ubezpieczeniowej.
3. W dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16.

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Banku, Ubezpieczonego w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Genworth Financial, na piśmie pod rygorem nieważności, za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym.
2. Zakład Ubezpieczeń poinformuje bez zbędnej zwłoki Bank o każdym przypadku zmiany beneficjenta odszkodowania dokonanym przez Użytkownika karty.
3. Jeżeli Bank lub Ubezpieczony zmienił miejsce zamieszkania lub siedzibę i nie zawiadomił Genworth Financial o zmianie, to pisma wysyłane przez Genworth Financial pod ostatni znany adres wywierają skutki prawne.
4. W przypadku zmiany nazwy, pod którą działał Bank, lub nazwiska Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio postanowienia ust.2.
5. Wszystkie dokumenty dostarczone Genworth Financial przez Bank, Ubezpieczonego w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
6. OWU stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
7. Za pisemnym porozumieniem stron umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na warunkach odbiegających od postanowień niniejszych OWU.
8. Jakikolwiek zmiany w warunkach umowy ubezpieczenia, w trakcie jej trwania, mogą zostać wprowadzone jedynie za zgodą obydwu stron, wyrażona na piśmie, pod rygorem nieważności.
9. Bankowi i Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wniesienia pisemnej skargi lub zażalenia, dotyczących realizacji przez Zakład Ubezpieczeń umowy ubezpieczenia. Adresatem skargi lub zażalenia oraz właściwym do ich rozpatrzenia jest Zakład Ubezpieczeń za pośrednictwem Genworth Financial, który udziela na piśmie odpowiedzi na skargę lub zażalenie, w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.
10. Wszelkie pisma dotyczące realizacji umowy ubezpieczenia należy kierować na adres:

Genworth Financial Oddział w Polsce
Budynek Warszawskiego Centrum Finansowego, 17 piętro
ul. E. Plater 53
00-113 Warszawa

11. Wszelkie roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone na drodze sądowej. Powództwo o roszczenie można wytoczyć:
 - a) albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy dla miejsca zamieszkania/siedziby pozwanego);
 - b) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego.

