



CONCORDIA

UBEZPIECZENIA

GRUPA GENERALI



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW

ŻYCIE I ZDROWIE

SPIS TREŚCI

SKOROWIDZ	3
POSTANOWIENIA OGÓLNE	4
WARUNKI ODPOWIEDZIALNOŚCI	6
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE	9
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	10
KLAUZULE	11
JAK ZGŁOSIĆ SZKODĘ?	16

ZASADY SKŁADANIA REKLAMACJI

- Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
- Reklamacje mogą być składane:
 - w zakresie ubezpieczenia na życie oraz wszystkich pozostałych ryzyk dodatkowych poza ryzykiem ubezpieczenia od utraty pracy:**
 - w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, **Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa**, lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - ustnie – telefonicznie pod numerem **+48 913 913 913** albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w ppkt a powyżej.
 - w zakresie ubezpieczenia ryzyka dodatkowego – utraty pracy:**
 - osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, **Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych**, w Oddziałach i u agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu Ubezpieczyciela;
 - pisemnie na adres siedziby Ubezpieczyciela: **ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań**;
 - telefonicznie pod numerem telefonu **+48 61 858 48 00**;
- Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
- Ubezpieczyciel rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Ubezpieczyciel poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
- Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
- Spór między Klientem a Ubezpieczycielem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przez Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
- Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Ubezpieczyciela związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Ubezpieczyciela, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Ubezpieczyciel informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
- Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Ubezpieczyciela do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
- Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>.
- Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Wykaz postanowień umownych OWU Życie Kredytobiorców (zatwierdzone uchwałami Zarządu Ubezpieczyciela) – zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie sposobu sporządzania informacji zamieszczanych we wzorcach umów:

	OWU Życie Kredytobiorców
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	
Przedmiot Umowy ubezpieczenia	§ 6
Zdarzenie/wypadek ubezpieczeniowy	§ 7
Zakres ubezpieczenia (zdarzenie ubezpieczeniowe, świadczenie ubezpieczeniowe)	
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	
Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej	§ 13
Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej	§ 12
Ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej	§ 8 ust. 6; § 10 ust. 4
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	§ 5
Zakres ubezpieczenia – maksymalny wiek ochrony	§ 7 pkt 1 i 2
Karencja	§ 14
Obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz konsekwencje ich niewykonania	§ 3 ust. 14,15,16; § 16
Suma ubezpieczenia	§ 8

Jeżeli Klient zdecydował się na rozszerzenie zakresu ubezpieczenia o klauzule dodatkowe – niezbędne jest również zapoznanie się z zapisami warunków dotyczącymi klauzul dodatkowych w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia. Wybór klauzul dodatkowych oznacza, że Klienta obowiązują zapisy obu tabel (powyższej i poniższej).

Oznaczenie klauzuli	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczeń lub ich obniżenia
Klauzula ZK1 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku	§ 1; § 2	§ 3
Klauzula ZK 2 Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby	§ 1; § 2	§ 1 ust. 5; § 2 ust. 2; § 3; § 5
Klauzula ZK3 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego	§ 2; § 3; § 4	§ 2 ust. 1 i 2; § 5; § 6
Klauzula ZK7 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy rolniczej	§ 2; § 3	§ 2 ust. 2 i 3
Klauzula ZK8 Śmierć Ubezpieczonego w następstwie choroby zakaźnej w rolnictwie	§ 2; § 3	nie dotyczy
Klauzula ZK9 Utrata pracy (Concordia Polska TUW)	§ 1; § 2	§ 2 ust. 5, 7 i 8; § 4

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Konstrukcja Umowy ubezpieczenia oraz przedmiot regulacji Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia, zwane dalej OWU, mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie. Umowa ubezpieczenia zawierana jest pomiędzy Ubezpieczającym a Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna jako Ubezpieczycielem. W przypadku jeśli Umowa ubezpieczenia obejmuje również ryzyko dodatkowe (klauzulę) utraty pracy, Umowa ubezpieczenia jest zawierana jednocześnie z Concordia Polska Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych, jako drugim Ubezpieczycielem, udzielającym ochrony ubezpieczeniowej w zakresie tego ryzyka.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU, stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest również w zakresie określonym w § 7 ust. 3, do ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie również postanowienia klauzul dodatkowych, stanowiące integralną część Umowy.
- Za zgodą stron, do Umowy ubezpieczenia mogą zostać wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU lub w klauzulach dodatkowych. Warunkiem skuteczności takich postanowień jest dochowanie ich na piśmie oraz dołączenie pełnej ich treści do Umowy ubezpieczenia.
- W przypadku sprzeczności postanowień, o których mowa w ust. 3, a także sprzeczności postanowień klauzul dodatkowych z OWU, przyjmuje się pierwszeństwo stosowania zapisów według następującej hierarchii:
 - postanowienia zapisów dodatkowych lub zapisów odmiennych od OWU/klauzul dodatkowych;
 - postanowienia klauzul dodatkowych;
 - postanowienia OWU.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w Umowie indywidualnego ubezpieczenia Życie Kredytobiorców nadaje się znaczenia jak poniżej:

- aktualne zobowiązanie** – pojęcie mające zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, dla celów ustalania wysokości należnego świadczenia w ramach Umowy ubezpieczenia (w ramach umów ubezpieczenia zawieranych na kredytową sumę ubezpieczenia) bądź świadczenia przypadającego Uposażonemu Kredytodawcy (w ramach umów ubezpieczenia zawieranych na stałą sumę ubezpieczenia). Aktualne zobowiązanie obejmuje kwotę kapitału faktycznie pozostałego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie nie obejmuje zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych (poza jedną zaległą ratą odsetkową, jeśli zaległość w jej spłacie nie jest dłuższa niż 30 dni przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego), odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie, kar umownych, dodatkowych opłat manipulacyjnych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą umowy zadłużeniowej;
- amatorskie uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, która nie jest zawodowym uprawianiem sportu w rozumieniu § 2 pkt 31) niniejszych warunków. Amatorskie uprawianie sportu w szczególności obejmuje działania, które nie są połączone z jakimkolwiek czerpaniem dochodu, polegające na treningach w określonej dyscyplinie sportu, przy możliwym udziale w amatorskich rozgrywkach sportowych, imprezach sportowych, bez przynależności do klubów sportowych (w tym uczelnianych), związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport, chyba że organizacje te zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników;
- choroba** – istniejące, niezależnie od woli Ubezpieczonego, zaburzenia funkcjonalności organów ciała; stan, który zgodnie z wiedzą medyczną, wymaga leczenia, rehabilitacji, diagnostyki, a normalny w funkcjonowaniu organizmu Ubezpieczonego, co do którego lekarz może postawić diagnozę. Za chorobę nie uznaje się jakichkolwiek następstw nieszczęśliwych wypadków;
- choroba przewlekła** – rodzaj choroby lub inwalidztwo trwające w sposób ciągły albo dające nawroty i wymagające długoterminowej opieki lekarskiej i/lub pielęgnarskiej. Przykładem chorób przewlekłych, zgodnie z powyższą definicją, są: astma oskrzelowa, mózgowie porażenie dziecięce, cukrzyca, przewlekła białaczka, padaczka, przewlekła niewydolność nerek;
- choroba psychiczna** – choroba oznaczona w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD 10) jako zaburzenie zachowania lub zaburzenie psychiczne w kodach od F00 do F99;
- choroba tropikalna** – choroba powstająca przez organizmy patogenne, których występowanie jest charakterystyczne dla stref równikowych i podzwrotnikowych;
- dokument ubezpieczenia** – dokument stanowiący potwierdzenie zawarcia Umowy ubezpieczenia. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) jest wniosek ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa

- w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa) jest polisa ubezpieczeniowa;
- karencja** – okres liczony od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, w którym, jeśli wystąpi zdarzenie obejmowane ochroną, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w ramach danego ryzyka. Karencja podawana jest w dniach;
 - klauzula** lub **klauzula dodatkowa** – zapisy dodatkowe ponad zapisy OWU, stanowiące integralną część Umowy ubezpieczenia, w której zdefiniowany jest zakres ochrony ubezpieczeniowej i zasady określające odpowiedzialność Ubezpieczyciela w ramach ryzyka dodatkowego, o którym mowa w § 7 ust. 3 OWU;
 - Kredytobiorca** – Ubezpieczony, osoba fizyczna z zastrzeżeniem § 3 ust. 8, będąca stroną umowy zadłużeniowej zawartej z Kredytodawcą. W ramach niniejszych OWU, przez Kredytobiorcę rozumie się w szczególności Kredytobiorcę w przypadku umów zadłużeniowych (kredytu), leasingobiorcę (korzystającego) w przypadku umów zadłużeniowych (leasingu) oraz pożyczkobiorcę w przypadku umów zadłużeniowych (pożyczki);
 - Kredytodawca** – przedsiębiorca w rozumieniu ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny, który w zakresie swojej działalności gospodarczej lub zawodowej zawiera z Kredytobiorcą umowę zadłużeniową. W ramach niniejszych OWU, przez Kredytodawcę rozumie się w szczególności bank, spółdzielczą kasę oszczędnościowo-rozliczeniową, fundusz leasingowy (umowa zadłużeniowa – umowa leasingu), przedsiębiorcę udzielającego pożyczek (umowa zadłużeniowa – umowa pożyczki) oraz przedsiębiorcę sprzedającego usługi / produkty z ratalnym sposobem zapłaty;
 - kredytowa suma ubezpieczenia** – suma ubezpieczenia, która może mieć zastosowanie wyłącznie dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umów zadłużeniowych. W odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych na kredytową sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie główne w wysokości aktualnego zobowiązania;
 - nieszczęśliwy wypadek** – nagłe i nieoczekiwane zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, działającą niezależnie od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną, w wyniku którego doznał on trwałego uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł. Za nieszczęśliwy wypadek nie uznaje się chorób, nawet występujących nagle (w szczególności zawału serca lub udaru mózgu) ani przecięcia lub nadwyrężenia organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych;
 - stała suma ubezpieczenia** – suma ubezpieczenia, która może mieć zastosowanie zarówno dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umów zadłużeniowych, jak i niezwiązanych z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej. W odniesieniu do umów ubezpieczenia zawartych na stałą sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie główne w wysokości sumy ubezpieczenia;
 - stan nietrzeźwości** – stan powstały w wyniku konsumpcji alkoholu, którego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ lub do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg w 1 dm³;
 - suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach ryzyka objętego ochroną ubezpieczeniową. Suma ubezpieczenia może mieć charakter stałej sumy ubezpieczenia bądź kredytowej sumy ubezpieczenia;
 - świadczenie główne** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, wypłacane na zasadach określonych w § 7 ust. 2;
 - świadczenie dodatkowe** – świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela z Umowy ubezpieczenia w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o klauzulę (ryzyka) dodatkowe, wypłacane na zasadach określonych w postanowieniach poszczególnych klauzul dodatkowych;
 - trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy** – za trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przyjmuje się całkowitą utratę przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania jakiejkolwiek pracy zawodowej lub innej działalności zarobkowej na nieprzerwany okres co najmniej 5 lat;
 - Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawiera Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;
 - Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto Umowę ubezpieczenia;
 - Ubezpieczyciel** – w zakresie ubezpieczenia na życie oraz wszystkich pozostałych ryzyk dodatkowych poza ryzykiem ubezpieczenia od utraty pracy, Ubezpieczycielem jest Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 15B. W zakresie ubezpieczenia ryzyka dodatkowego – utraty pracy – Ubezpieczycielem jest Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu przy ul. S. Małachowskiego 10;
 - udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej, przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:
 - wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu;
 - obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu;
 - obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).
- Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA);

- b) zawał mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem;
 - c) wtórny krwotok do istniejących ognisk poudarowych;
 - d) jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących, odpowiadających tym zmianom, objawów klinicznych;
- 24) **umowa zadłużeniowa** – umowa zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na podstawie której Kredytodawca obowiązuje się do udostępnienia środków finansowych Kredytobiorcy, a Kredytobiorca do spłaty zadłużenia zgodnie z warunkami tej umowy. Pojęcie umowy zadłużeniowej obejmuje zarówno kredyt konsumencki, hipoteczny, limit w rachunku, zadłużenie na karcie kredytowej, jak i wszelkiego rodzaju kredyty i pożyczki bez względu na sposób spłaty zadłużenia (cykliczny lub na koniec okresu obowiązywania umowy zadłużeniowej), a także umowę leasingu;
- 25) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego – to jest Uposażony Główny, Uposażony Kredytodawca lub Uposażony Zastępczy;
- 26) **Uposażony Główny** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 27) **Uposażony Kredytodawca** – w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych jako zabezpieczenie umowy zadłużeniowej – będący stroną takiej Umowy Kredytodawca uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (za wyjątkiem świadczeń wypłacanych w ramach ryzyk dodatkowych, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul dodatkowych) w kwocie aktualnego zobowiązania, na zasadzie pierwszeństwa przed pozostałymi Uposażonymi;
- 28) **Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy Uposażony Główny nie żyje bądź nie istnieje;
- 29) **Uprawiony** – Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 30) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. Percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - b) jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.
- Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- 31) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na regularnych treningach pod warunkiem, że spełnia przynajmniej dwa z poniższych warunków:
- a) treningi odbywają się częściej niż 2 razy w tygodniu;
 - b) jest połączona z czerpaniem dochodu;
 - c) łączy się z udziałem w zawodach, igrzyskach, obozach kondycyjnych, imprezach sportowych organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy;
 - d) łączy się z przynależnością do klubów sportowych, związków i innych organizacji zrzeszających osoby uprawiające sport z wyłączeniem organizacji, które zrzeszają wyłącznie amatorów lub miłośników sportu.
- 32) **zdarzenie ubezpieczeniowe lub zdarzenie** – sytuacja, której wystąpienie powoduje odpowiedzialność Ubezpieczyciela.
- 1) wieku obliczanego jako 85 lat minus okres, na który została zawarta umowa zadłużeniowa – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej;
 - 2) 65 roku życia – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia nie jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej.
5. Umowa ubezpieczenia nie może trwać dłużej niż do ostatniego dnia miesiąca (włącznie), w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia.
6. Ubezpieczyciel obejmuje ochroną osobę wskazaną jako Ubezpieczony.
7. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem, w którym następuje rozwiązanie Umowy ubezpieczenia.
8. Umowa ubezpieczenia może być zawierana w związku z umową zadłużeniową zawieraną przez Kredytobiorcę, w celu Ubezpieczenia interesów prawnych Kredytodawcy i Kredytobiorcy, na wypadek zającia w życiu osoby Ubezpieczonej zdarzeń objętych zakresem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy ubezpieczenia, przy czym:
- 1) gdy Kredytobiorcą jest osoba fizyczna – Ubezpieczonym, na podstawie Umowy ubezpieczenia, może zostać ta osoba;
 - 2) gdy Kredytobiorcą jest spółka prawa handlowego bądź inna jednostka organizacyjna (posiadająca lub nieposiadająca osobowości prawnej) prowadząca działalność gospodarczą – Ubezpieczonym, na podstawie Umowy ubezpieczenia, może zostać osoba fizyczna, pozostająca w stałym stosunku prawnym (umowa o pracę, powołanie, umowa o stałej współpracy) z Kredytobiorcą: Wspólnik lub Partner spółki osobowej prawa handlowego, Prezes lub Członek Zarządu, Pełnomocnik Zarządu, Prokurent, Dyrektor Zarządzający, Dyrektor Finansowy oraz Główny Księgowy.
9. Jeżeli podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 8, Ubezpieczony przestanie spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w rozumieniu zapisów ust. 8 pkt 2), Ubezpieczający zobowiązany jest poinformować o tym fakcie Ubezpieczyciela lub Kredytodawcę.
10. W przypadkach opisanych w ust. 9 Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu ze skutkiem na dzień, w którym Ubezpieczony przestał spełniać warunki objęcia ochroną ubezpieczeniową w rozumieniu zapisów ust. 8 pkt 2), a Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 3.
11. W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest powiązana z umową zadłużeniową, część bądź całość świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego (za wyjątkiem świadczeń wypłacanych w ramach ryzyk dodatkowych, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul dodatkowych) wypłacana jest w pierwszym rzędzie Kredytodawcy, na zasadach określonych w § 15 ust. 5.
12. W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia nie jest powiązana z umową zadłużeniową, nie jest możliwe zawarcie jej przez inną osobę niż osoba fizyczna.
13. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, dokument ubezpieczenia określa umowę zadłużeniową, w związku z którą zawierana jest Umowa ubezpieczenia.
14. Umowa może zostać zawarta przez Ubezpieczającego na rachunek własny bądź na cudzy rachunek. Niniejsze OWU określają jakie obowiązki związane z Umową spoczywają na Ubezpieczającym, a jakie na Ubezpieczonym.
15. W przypadku zawarcia Umowy na cudzy rachunek obowiązkiem Ubezpieczającego jest:
- 1) doręczenie Ubezpieczonemu OWU. Obowiązek ten powinien zostać wykonany przez Ubezpieczającego przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej, jeżeli Ubezpieczający ustalił z Ubezpieczonym, że składka ma być finansowana przez Ubezpieczonego. Jeśli Ubezpieczony zgłosi Ubezpieczycielowi takie żądanie, OWU zostaną przekazane Ubezpieczonemu również bezpośrednio przez Ubezpieczyciela, co jednak nie uchybia obowiązkowi Ubezpieczającego wskazanemu w zdaniu poprzednim;
 - 2) przekazywanie niezwłocznie Ubezpieczonym skierowanej do nich i związanej z Umową ubezpieczenia korespondencji otrzymanej od Ubezpieczyciela; korespondencję uważa się za przekazaną Ubezpieczonemu z dniem przekazania przez Ubezpieczającego;
 - 3) przekazywanie Ubezpieczycielowi korespondencji składanej przez Ubezpieczonych do Ubezpieczyciela; oświadczenia bądź korespondencję Ubezpieczonych uważa się za przekazane Ubezpieczycielowi dopiero z dniem ich otrzymania przez Ubezpieczyciela.
16. Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczyciela odpowiedzialność za szkodę poniesioną przez Ubezpieczyciela na skutek uchybienia przez Ubezpieczającego obowiązkom wskazanym w ust. 15 pkt 1 – jeśli na skutek tego uchybienia Ubezpieczyciel był zmuszony do wypłaty z Umowy ubezpieczenia świadczenia wyższego niż świadczenie, które zostałoby wypłacone, gdyby takie uchybienie nie miało miejsca.
17. W przypadku gdy umowę zawarto na cudzy rachunek, w razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony może wstąpić za zgodą Ubezpieczyciela w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, jeżeli złoży Ubezpieczycielowi wniosek w tej sprawie w ciągu 3 miesięcy od dnia śmierci Ubezpieczającego. Obowiązki Umowy ubezpieczenia (oraz udzielanie ochrony ubezpieczeniowej) zostaje zawieszona na okres od dnia śmierci Ubezpieczającego do dnia wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na wstąpienie Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego.

§ 3

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, nie krótszy niż 1 miesiąc.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie indywidualnej. Oznacza to, że w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową może być objęty jeden Ubezpieczony.
3. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w § 7 ust. 1 (zakres podstawowy) oraz § 7 ust. 3 (ryzyka dodatkowe). Bez względu na wybrany zakres ochrony ubezpieczeniowej, ochrona ta jest udzielana na podstawie jednej Umowy ubezpieczenia, także w przypadku, w którym Umowa ubezpieczenia obejmuje również ryzyko dodatkowe (klauzulę) utraty pracy (w takiej sytuacji Umowa ubezpieczenia jest zawierana łącznie z dwoma Ubezpieczycielami – to jest Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna oraz Concordia Polska Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych). Oznacza to, że nie jest możliwe wypowiedzenie częściowe Umowy odnoszące się wyłącznie do ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie ryzyk dodatkowych (klauzul).
4. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rachunek osoby, która w dniu jej zawarcia ukończyła 18 rok życia a nie ukończyła:



Ubezpieczycielowi nie należy się składka za okres zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej.

8. Najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu przedłużenie umowy wraz ze wskazaniem zakresu i sumy ubezpieczenia oraz nowej wysokości składki za dodatkowy okres ubezpieczenia. Opłacenie składki we wskazanej wysokości jest równoznaczne z akceptacją przedłużenia umowy ubezpieczenia.

§ 4

Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia (wniosku ubezpieczeniowego) złożonego na druku Ubezpieczyciela i skierowanego do Ubezpieczyciela wraz z podpisem Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego lub podpisami osób uprawnionych do zawierania umów ze strony Ubezpieczającego. Wniosek musi określać: sumę ubezpieczenia, rodzaje zdarzeń (klausul), za które Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
2. Ocena ryzyka dokonywana jest na podstawie informacji o wieku, stanie zdrowia oraz czynnikach wpływających na stan zdrowia, zakresie ubezpieczenia, wykonywanego zawodu oraz rodzaju i wysokości sumy ubezpieczenia.
3. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dołącza się dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do dokonania oceny ryzyka i zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie wypełniony w sposób nieprawidłowy, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia braków ze wskazaniem terminu uzupełnienia.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie uzupełni wniosku lub nie wypełni nowego w terminie, o którym mowa w ust. 4, Umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, a składka pobrana przez Ubezpieczyciela będzie w całości zwrócona Ubezpieczającemu.
6. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia, a także odmówić objęcia ubezpieczeniem poszczególnych osób lub przyjąć na warunkach odmiennych. W tym ostatnim przypadku zastosowanie ma przepis art. 811 Kodeksu cywilnego.
7. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony są zobowiązani podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane im okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał przed zawarciem Umowy w stosowanych przez siebie formularzach bądź innych pismach.
8. W przypadku uchybienia obowiązkom, o którym mowa w ust. 6, jeżeli do zdarzenia ubezpieczeniowego doszło w okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia (lub od dnia udzielenia ochrony względem danego Ubezpieczonego), Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem okoliczności niepodanych do wiadomości Ubezpieczyciela bądź podanych niezgodnie z prawdą.
9. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
10. Umowę ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) uważa się za zawartą z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego. Umowę ubezpieczenia, w zakresie o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa) uważa się za zawartą z chwilą wystawienia przez Ubezpieczyciela dokumentu ubezpieczenia, a w razie wątpliwości – z chwilą doręczenia tego dokumentu ubezpieczenia Ubezpieczającemu.
11. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 4 (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) jest wniosek ubezpieczeniowy z potwierdzeniem wpływu tego wniosku przez osobę uprawnioną do zawierania umów w imieniu Ubezpieczyciela. Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), jest polisa ubezpieczeniowa. Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w oparciu o postanowienia dokumentu ubezpieczenia, a także niniejszych OWU wraz ze wszystkimi klauzulami, postanowieniami odmiennymi lub dodatkowymi, które to postanowienia wymagają formy pisemnej. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również ryzyko ubezpieczenia od utraty pracy, zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie potwierdzone dwiema polisami – jedną wystawioną przez Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, drugą – przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Poznaniu.

§ 5

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek:
 - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia,
 - 2) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia – z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia,

- 3) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci,
 - 4) nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki – w dniu wskazanym na wezwaniu do zapłaty, zgodnie z § 9 ust. 14,
 - 5) upływu okresu ubezpieczenia – z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia,
 - 6) dożycia przez Ubezpieczonego 85 roku życia – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 rok życia,
 - 7) wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – jeśli Ubezpieczyciel jednocześnie nie potwierdził swojej pełnej odpowiedzialności zgodnie z postanowieniami § 10 ust. 5 – z dniem wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 8) w przypadku umów ubezpieczenia zawartych na kredytową sumę ubezpieczenia – wygaśnięcia roszczeń Kredytodawcy wobec Kredytobiorcy z umowy zadłużeniowej, której dotyczy ochrona ubezpieczeniowa – z dniem wygaśnięcia tych roszczeń.
 - 9) śmierci Ubezpieczającego w Umowie zawartej na cudzy rachunek, jeżeli Ubezpieczony za zgodą Ubezpieczyciela nie wstąpił w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami § 3 ust. 17 – z dniem śmierci Ubezpieczającego.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez Ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od dnia doręczenia wypowiedzenia Ubezpieczycielowi.
 3. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki zapłaconej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, przypadający od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia. Składkę należną do zwrotu oblicza się proporcjonalnie do okresu niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki nie przysługuje w przypadku całkowitego wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez co rozumie się wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

WARUNKI ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

Przedmiot Umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia jest życie lub życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia określonego w Umowie ubezpieczenia. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność za zdarzenia zaistniałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

§ 7

Zakres ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym obejmuje ryzyko śmierci Ubezpieczonego.
2. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie główne w wysokości:
 - 1) sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie – w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na stałą sumę ubezpieczenia;
 - 2) aktualnego zobowiązania, ale nie więcej niż suma ubezpieczenia – w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na kredytową sumę ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą maksymalnie 100 000 zł lub 75 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą co najmniej 100 001 zł, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci:
 - 1) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na stałą sumę ubezpieczenia – świadczenie w wysokości 10% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie i nie więcej niż 5 000 zł;
 - 2) w przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na kredytową sumę ubezpieczenia – świadczenie w wysokości aktualnego zobowiązania, ale nie więcej niż 10% sumy ubezpieczenia i nie więcej niż 5 000 zł.
4. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą maksymalnie 100 000 zł lub 75 roku życia dla umów ubezpieczenia zawieranych na sumę ubezpieczenia wynoszącą co najmniej 100 001 zł, jeżeli śmierć Ubezpieczonego była następstwem nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości ustalonej zgodnie z ust. 2.
5. Za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, Umowa ubezpieczenia może obejmować dodatkowe klauzule (ryzyka dodatkowe), będące w ofercie Ubezpieczyciela, w ramach których wypłacane bądź spełniane są świadczenia dodatkowe. Zasady wypłaty oraz wysokość świadczeń dodatkowych zostały określone w zapisach poszczególnych klauzul dodatkowych oraz w dokumencie ubezpieczenia.
6. W przypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe uprawnia do więcej niż jednego



rodzaju świadczenia ubezpieczeniowego należnego na podstawie niniejszych OWU lub klauzul dodatkowych, świadczenia te wypłaca się niezależnie od siebie (podlegają one sumowaniu), chyba że z zapisów poszczególnych klauzul wynika inaczej.

7. Zakres Umowy ubezpieczenia potwierdzany jest w dokumencie ubezpieczenia.

5.8 Suma ubezpieczenia

1. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego obowiązuje kredytowa suma ubezpieczenia albo stała suma ubezpieczenia, w zależności od wyboru dokonanego przez Ubezpieczającego z chwilą zawierania Umowy ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia deklaruje Ubezpieczający.
2. Jeżeli Umowa ubezpieczenia nie jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie na stałą sumę ubezpieczenia. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest w takim przypadku pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym.
3. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na stałą lub kredytową sumę ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) w przypadku umów zadłużeniowych w postaci wszelkiego rodzaju pożyczek lub kredytów z obowiązkiem spłaty kapitału na koniec okresu obowiązywania umowy zadłużeniowej – wysokość sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie kapitału pozostałego do spłaty;
 - 2) w przypadku umów zadłużeniowych związanych z limitem zadłużeniowym w ramach rachunku z limitem zadłużenia lub w ramach karty kredytowej – wysokość sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie maksymalnego limitu zadłużenia;
 - 3) w przypadku umów zadłużeniowych, w ramach których spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota aktualnego zobowiązania w trakcie trwania umowy zadłużeniowej) – wysokość sumy ubezpieczenia powinna odpowiadać kwocie obliczanej na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z umowy zadłużeniowej i obejmuje sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty zgodnie z tym harmonogramem.
4. W odniesieniu do umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie umów zadłużeniowych, w ramach których spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota aktualnego zobowiązania w trakcie trwania umowy zadłużeniowej), kredytowa suma ubezpieczenia ma charakter zmienny (malejący) w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Kredytowa suma ubezpieczenia jest w danym momencie równa aktualnej na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego kwocie obliczanej na podstawie początkowego harmonogramu spłaty zadłużenia wynikającego z umowy zadłużeniowej i obejmuje sumę rat kapitałowych pozostających do spłaty w danym momencie zgodnie z tym harmonogramem oraz jedną zaległą ratę odsetkową – jeśli taka występuje – jeśli zaległość w jej spłacie jest nie dłuższa niż 30 dni przed zajęciem zdarzenia ubezpieczeniowego. Postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.
5. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej:
 - 1) wysokość sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia ustalana jest na podstawie kwot, o których mowa w ust. 3, aktualnych na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia (bez względu na moment zawarcia umowy zadłużeniowej);
 - 2) przy ustalaniu wysokości sumy ubezpieczenia nie uwzględnia się żadnych zaległych rat kapitałowych bądź odsetkowych, jakichkolwiek odsetek dodatkowych związanych z zaległościami w spłacie, kar umownych, dodatkowych opłat manipulacyjnych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą umowy zadłużeniowej.
6. W odniesieniu do umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie umów zadłużeniowych, jeżeli Umowa ubezpieczenia została zawarta na kredytową sumę ubezpieczenia niższą niż wysokość sumy ubezpieczenia określona zgodnie z postanowieniami ust. 3 pkt 1) do 3), wysokość aktualnego zobowiązania stanowiącego podstawę do wyliczenia wysokości świadczenia umniejsza się w takiej proporcji, w jakiej obowiązująca na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia pozostawała do sumy ubezpieczenia, która powinna była zostać przyjęta zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3.
7. Wysokość sumy ubezpieczenia na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
8. Rodzaj sumy ubezpieczenia dla ryzyka dodatkowych objętych zakresem ubezpieczenia na podstawie klauzul dodatkowych, jest zgodny z wyborem odpowiedniej sumy ubezpieczenia – kredytowej bądź stałej dla klauzuli śmierci Ubezpieczonego.
9. Suma ubezpieczenia stanowi podstawę ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej i stanowi limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do wypłacanego w ramach Umowy ubezpieczenia świadczenia głównego.
10. W przypadku gdy umowa zadłużeniowa, w związku z zabezpieczeniem której zawierana jest Umowa ubezpieczenia, obejmuje zadłużenie w walucie obcej, podstawą do obliczenia sumy ubezpieczenia/aktualnego zobowiązania są kwoty w złotych polskich obliczone według kursu sprzedaży danej waluty, ogłoszonego w pierwszej tabeli kursów Kredytodawcy, obowiązującego na dzień ustalania sumy ubezpieczenia (na użytek ustalania sumy ubezpieczenia) bądź na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (na użytek ustalania kwoty świadczenia).

W przypadku gdy Kredytodawca nie opracowuje tabeli kursów, stosuje się średni kurs wyceny danej waluty dokonany na mocy prawa przez powołaną do tego instytucję państwową.

11. W odniesieniu do umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, jeżeli takie Umowy ubezpieczenia zawierane są na okres dłuższy niż rok, a składka opłacana jest z częstotliwością inną niż jednorazowa – na wniosek Ubezpieczającego, złożony w terminie przynajmniej 30 dni przed upływem rocznicy obowiązywania Umowy, Ubezpieczyciel obniży sumę ubezpieczenia. Obniżenie sumy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie do kwoty nie niższej niż wysokość aktualnego zobowiązania Ubezpieczonego w ramach umowy zadłużeniowej na dzień, w którym przypada rocznica Umowy ubezpieczenia i tylko w sytuacji, gdy aktualne zobowiązanie jest niższe niż wynikałoby to z aktualnego harmonogramu spłaty zadłużenia zgodnego z umową zadłużeniową. Możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia w tym trybie w odniesieniu do umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umów zadłużeniowych związanych z limitem zadłużeniowym w ramach rachunku bankowego lub w ramach karty kredytowej, ma zastosowanie tylko w przypadku obniżenia przez Kredytodawcę maksymalnego dopuszczalnego limitu zadłużenia.
12. W odniesieniu do umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, jeżeli takie umowy ubezpieczenia zawierane są na okres dłuższy niż rok, a składka opłacana jest z częstotliwością inną niż jednorazowa – na wniosek Ubezpieczającego, złożony w terminie przynajmniej 30 dni przed upływem rocznicy obowiązywania Umowy, Ubezpieczyciel podwyższy sumę ubezpieczenia, jednak do kwoty nie wyższej niż wysokość aktualnego zobowiązania na dzień, w którym przypada rocznica Umowy ubezpieczenia i tylko w sytuacji, gdy aktualne zobowiązanie jest wyższe niż wynikałoby to z aktualnego harmonogramu spłaty zadłużenia zgodnego z umową zadłużeniową. Jednocześnie suma ubezpieczenia nie może zostać zwiększona o więcej niż 20% aktualnej sumy ubezpieczenia.
13. Obniżenie bądź podwyższenie sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 11 i 12, odpowiednio obniża lub podwyższa składkę ubezpieczeniową za okres po dokonaniu obniżenia lub podwyższenia sumy ubezpieczenia.

5.9 Składka

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki ubezpieczeniowej z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składkę oblicza się za cały okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie obowiązującej taryfy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i po dokonaniu oceny ryzyka. Wysokość składki pobieranej za okres ubezpieczenia zależy od wysokości sumy ubezpieczenia oraz uwzględnia zmiany zakresu ryzyka ubezpieczeniowego w czasie trwania okresu ubezpieczenia.
3. Wysokość składki zależy również od zakresu ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, częstotliwości opłacania składki, okresu karencji, wieku, do którego udzielana jest ochrona w ramach klauzul dodatkowych, wieku i zawodu Ubezpieczonego, jego stanu zdrowia oraz czynników, które mogą mieć wpływ na stan zdrowia.
4. Wysokość składki ubezpieczeniowej i częstotliwość jej opłacania określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
5. Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym kwota składki wpłynęła na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego.
6. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo, z góry, za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może dopuszczać możliwość regulowania należnej składki w formie składki regularnej z częstotliwością roczną, półroczną, kwartalną lub miesięczną. Postanowienia dotyczące składki regularnej mają odpowiednie zastosowanie do składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo.
8. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka.
9. W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko nie wymagają dodatkowej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela, składka jednorazowa lub pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego w dniu wskazanym w dokumencie ubezpieczenia.
10. W przypadku osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela, składka jednorazowa lub pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego niezwłocznie po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego, w wysokości podanej przez Ubezpieczyciela. Ostateczna wysokość składki może zostać ustalona po dokonaniu oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela – w takim wypadku składka ulega odpowiedniemu rozliczeniu. Jeżeli Ubezpieczyciel po dokonaniu oceny ryzyka odmówi zawarcia Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 10 ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa), środki wpłacone na poczet składki są zwracane bez dokonywania jakichkolwiek potrąceń.
11. Niezapłacenie składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej powoduje, że Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a Ubezpieczony nie będzie objęty ochroną ubezpieczeniową, chyba że Ubezpieczyciel wyznaczył termin jej płatności przypadający w okresie udzielania ochrony.

12. Następne składki regularne powinny być opłacane najpóźniej w terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
13. Wpłacone kwoty pieniędzy zaliczane są w pierwszej kolejności na poczet składki najwcześniej wymaganej.
14. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki regularnej, a jeśli Ubezpieczyciel wyznaczył termin płatności składki przypadający w okresie udzielania ochrony – również w przypadku nieopłacenia składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego wskazując dodatkowy, przynajmniej 7-dniowy, termin do jej uregulowania. W przypadku niezapłacenia zaległej składki w dodatkowym terminie, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wskazanym przez Ubezpieczyciela jako ostateczny termin jej uregulowania.

§ 10 Tryb udzielania ochrony

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest 24 godziny na dobę, na terenie całego świata, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 4 i 5.
2. Ochrona w przypadku klauzul (ryzyk) udzielana jest zgodnie z postanowieniami wskazanymi w niniejszych OWU oraz w treści klauzul.
3. Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego od dokonania oceny ryzyka. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, czy zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga dodatkowej oceny ryzyka. W takim przypadku zastosowanie mają ust. od 4 do 6 poniżej.
4. W przypadku określonym w ust. 3, ochrona ubezpieczeniowa udzielona Ubezpieczonemu ma charakter tymczasowy. Do tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej mają zastosowanie następujące postanowienia:
 - 1) Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej ograniczonej do śmierci Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa) wobec osób, których stan zdrowia lub inne czynniki mające wpływ na ryzyko wymagają dodatkowej oceny ryzyka przez Ubezpieczyciela.
 - 2) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po złożeniu Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku ubezpieczeniowego, jednak nie wcześniej niż dzień po zapłaceniu pierwszej składki ubezpieczeniowej i trwa do dnia, w którym doszło do zawarcia Umowy (jednak nie dłużej niż 60 dni licząc od daty złożenia wniosku), w zakresie o którym mowa w ust. 5 (pełna ochrona ubezpieczeniowa) lub do dnia, w którym Ubezpieczyciel doręczył Ubezpieczającemu decyzję o odmowie zawarcia ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5.
 - 3) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie obowiązuje w przypadku, gdy przed śmiercią osoby określonej we wniosku jako Ubezpieczony, nie opłacono pierwszej składki.
 - 4) W następstwie zajścia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż 30 000 zł, o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku. Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela ze wszystkich wniosków ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego, a złożonych w trakcie udzielania ochrony tymczasowej.
5. Pełna ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana pod warunkiem potwierdzenia jej przez Ubezpieczyciela poprzez wystawienie polisy. Pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia i godziny wskazanych w polisie jako początek okresu ubezpieczenia (ochrony ubezpieczeniowej). Jeśli nie wskazano godziny, przyjmuje się, że ochrona rozpoczęła się od godz. 00:00 wskazanego dnia.
6. Dodatkowa ocena ryzyka, o której mowa w ust. 3, dokonywana jest w sposób następujący:
 - 1) Ubezpieczyciel może uzależnić zawarcie Umowy ubezpieczenia od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim w zakresie uzasadnionym dokonaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego;
 - 2) Ubezpieczyciel uprawniony jest do otrzymania od Ubezpieczonego niezbędnych dokumentów medycznych, w tym wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących oceny jego stanu zdrowia, jak również zasięgnięcia informacji o jego stanie zdrowia w zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić Ubezpieczycielowi listę wyżej wymienionych zakładów opieki zdrowotnej.

§ 11 Okres ochrony

1. Z zastrzeżeniem § 12, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w okresie ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa dotyczy wyłącznie zdarzeń, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia.

§ 12 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego oraz wszystkich ryzyk objętych ochroną, o których mowa w § 7 ust. 3, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa z dniem, w którym Umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu, zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 1.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyk obejmowanych ochroną w ramach klauzul, o których mowa w § 7 ust. 3, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa również w dniu wskazanym w treści poszczególnych ryzyk (klauzul).

§ 13 Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

1. W stosunku do ryzyka śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) usiłowania lub popełnienia samobójstwa (w okresie pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia), umyślnego przestępstwa, samookaleczenia przez Ubezpieczonego lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, czynnego udziału w zamachach terrorystycznych oraz w wyniku działań zbrojnych, udziału w misjach pokojowych i stabilizacyjnych;
 - 3) w związku ze skażeniem radioaktywnym bądź katastrofą nuklearną;
 - 4) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, w tym m.in. strajkach, sabotażach, porachunkach;
 - 5) zatrucia alkoholem, zażycia narkotyków, środków odurzających lub innych środków farmakologicznych nieprzepisanych przez uprawnionego lekarza;
 - 6) chorób wynikających ze spożywania lub używania substancji wskazanych w pkt 5) (np. marskość wątroby);
 - 7) w wyniku pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, używania niezalecanych przez lekarza środków odurzających lub substancji psychotropowych, jeżeli Ubezpieczony wskutek pozostawania w tym stanie przyczynił się do powstania wypadku ubezpieczeniowego lub nie zapobiegł skutkom jego wystąpienia.
2. W stosunku do innych ryzyk (klauzul), w tym ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia, które powstały w okolicznościach wskazanych w ust. 1 oraz za zdarzenia, które powstały wskutek:
 - 1) zdarzeń spowodowanych umyślnie lub wynikających z rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego;
 - 2) w związku z poddaniem się przez Ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu;
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego bądź statku powietrznego lub wodnego bez wymaganych zezwoleń lub uprawnień;
 - 4) chorób umysłowych bądź zaburzeń psychicznych oraz chorób zawodowych, tropikalnych;
 - 5) zawodowego uprawiania przez Ubezpieczonego, który jest zarejestrowany w związku sportowym lub klubie sportowym, jakichkolwiek dyscyplin sportu, w tym udziału w zawodach, wyścigach, występach i treningach sportowych;
 - 6) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących sportów (również w formie amatorskiej): wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki związanych z używaniem jakiegokolwiek rodzaju broni, skoków na gumowej linie, skoków do wody, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, narciarstwa ekstremalnego (skialpinizm, zjazdy ekstremalne, freestyle), snowboardingu ekstremalnego (freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje snowboardowe), słyków sportowych (rafting, canyoning, hydrospeed, kajakarstwo górskie), parkour, buggy kiting, jazda ekstremalna na motocyklu, kolarstwo ekstremalne (tzw. freeride), off-road i rajdy przeprawowe;
 - 7) w wyniku wypadku lotniczego, jednak wskazanego wyłączenia nie stosuje się, jeżeli w chwili zajścia wypadku lotniczego:
 - a) Ubezpieczony nie znajdował się na pokładzie samolotu albo
 - b) Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) nieszczęśliwego wypadku, zawału serca lub udaru mózgu, który miał miejsce przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
3. W odniesieniu do umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie umów zadłużeniowych, jeżeli Umowa ubezpieczenia została zawarta na kredytową sumę ubezpieczenia niższą niż wysokość sumy ubezpieczenia określona zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 3 pkt 1) do 3), świadczenie ubezpieczeniowe zostanie proporcjonalnie zmniejszone na zasadach określonych w § 8 ust. 6.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela może ulec wyłączeniu lub ograniczeniu w przypadku uchybienia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego obowiązkom wskazanym w § 4 ust. 7 i 8, na zasadach tam wskazanych.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona bądź wyłączona w okresie karencji, na zasadach wskazanych w § 14.
6. W przypadku udzielania przez Ubezpieczyciela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, zakres odpowiedzialności Ubezpieczyciela jest ograniczony na zasadach wskazanych w § 10 ust. 4.

7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela nie obejmuje zadośćuczynienia za doznany ból, cierpienie fizyczne i moralne oraz strat materialnych związanych z wypadkiem z tytułu utraty, uszkodzenia lub zniszczenia rzeczy osobistych i wszelkiego mienia.

S 14 Karencja

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z zastosowaniem okresów karencji.
2. Okresy karencji mające zastosowanie do ryzyk obejmowanych ochroną w ramach klauzul dodatkowych, wskazane są w treści poszczególnych klauzul.
3. Karencja w zakresie ryzyk obejmowanych ochroną w ramach klauzul dodatkowych nie ma zastosowania, jeśli bezpośrednio przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony był objęty ochroną w ramach innej Umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczycielem na podstawie niniejszych OWU, która to Umowa ubezpieczenia trwała co najmniej tak długo, jak okres karencji w odniesieniu do zapisów poszczególnych klauzul dodatkowych i uległa rozwiązaniu, a przy tym okres pomiędzy rozwiązaniem tej Umowy ubezpieczenia a zawarciem nowej Umowy ubezpieczenia nie przekracza 15 dni. Karencja ulega zniesieniu tylko w odniesieniu do tych ryzyk (klauzul) oraz w zakresie takich sum ubezpieczenia, na jakie ochrona ubezpieczeniowa była udzielana w ramach poprzedniej Umowy ubezpieczenia.

S 15 Uposażony

1. Uprawnionymi do wszelkich świadczeń wypłacanych na wypadek śmierci Ubezpieczonego są Uposażeni, zgodnie z zasadami wskazanymi poniżej.
2. W przypadku pozostałych ryzyk niezwiązanych ze śmiercią Ubezpieczonego, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul dodatkowych, Uprawniony do świadczenia wskazany jest każdorazowo w treści danej klauzuli.
3. Z zastrzeżeniem ust. 5, zasady wypłaty świadczeń na rzecz poszczególnych Uposażonych są następujące:
 - 1) świadczenie jest wypłacane w całości Uposażonemu Głównemu;
 - 2) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Głównego ze wskazaniem proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych;
 - 3) w przypadku gdy wyznaczono więcej niż jednego Uposażonego Głównego, ale nie określono proporcji, w jakiej nastąpić ma wypłata świadczenia na rzecz poszczególnych Uposażonych Głównych, świadczenie przypada w równych częściach na rzecz każdego z Uposażonych Głównych;
 - 4) w przypadku gdy jeden z Uposażonych Głównych umrze lub przestanie istnieć przed dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub zostanie odwołany bez wskazania, jaki ma być udział pozostałych Uposażonych Głównych, udział tego Uposażonego Głównego przypada pozostałym Uposażonym Głównym w proporcjach takich, w jakich pozostaje udział tych Uposażonych Głównych do różnicy pomiędzy sumą udziałów wszystkich Uposażonych Głównych, a udziałem Uposażonego Głównego, który zmarł lub przestał istnieć;
 - 5) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada Uposażonemu Zastępczemu;
 - 6) możliwe jest wyznaczenie więcej niż jednego Uposażonego Zastępczego. W takim przypadku mają zastosowanie odpowiednie postanowienia pkt 2 do 4 powyżej;
 - 7) w przypadku gdy na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego żaden z Uposażonych Głównych ani żaden z Uposażonych Zastępczych nie żyje albo nie istnieje, całość świadczenia przypada spadkobiercom Ubezpieczonego według ich udziału w spadku.
4. Uposażonego wyznacza Ubezpieczający. Ubezpieczający ma prawo do dokonania zmiany Uposażonego lub odwołania Uposażonego w każdym czasie, informując o tym Ubezpieczyciela w formie pisemnej. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, do wyznaczenia i zmiany Uposażonego niezbędna jest zgoda Ubezpieczonego.
5. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia jako zabezpieczenia umowy zadłużeniowej, Ubezpieczający może wyznaczyć Uposażonego Kredytodawcę. W takim przypadku świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego (za wyjątkiem świadczeń wypłacanych w ramach ryzyk dodatkowych, obejmowanych ochroną na podstawie klauzul dodatkowych) wypłacane jest w pierwszym rzędzie Uposażonemu Kredytodawcy, który ma pierwszeństwo przed innymi Uposażonymi. Uposażony Kredytodawca będzie uprawniony do otrzymania kwoty odpowiadającej sumie aktualnego zobowiązania w ramach umowy zadłużeniowej na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli zawarto Umowę ubezpieczenia na stałą sumę ubezpieczenia, pozostała część świadczenia wypłacanego na wypadek śmierci Ubezpieczonego (to jest różnica pomiędzy wysokością stałej sumy ubezpieczenia a kwotą aktualnego zobowiązania, o ile taka różnica występuje) przypada pozostałym Uposażonym, według zasad określonych w ust. 3.
6. W przypadku wyznaczenia innego Uposażonego w miejsce Uposażonego Kredytodawcy, Uposażony ten nie jest traktowany jak Uposażony Kredytodawca i staje się Uposażonym Głównym lub jednym z Uposażonych Głównych (w takim przypadku, o ile nie wskazano udziału tego Uposażonego w kwocie świadczenia,

uznaje się, że temu Uposażonemu przypada udział proporcjonalny do ilości wszystkich Uposażonych Głównych, a udziały pozostałych Uposażonych Głównych ulegają odpowiedniemu proporcjonalnemu obniżeniu).

7. W przypadku odwołania Uposażonego Kredytodawcy lub wyznaczenia innego Uposażonego w jego miejsce, Ubezpieczyciel poinformuje o tym niezwłocznie Uposażonego Kredytodawcę, na co Ubezpieczający – zawierając Umowę ubezpieczenia jako zabezpieczenie umowy zadłużeniowej – wyraża nieodwołalną zgodę. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, wyrażenie zgody przez Ubezpieczonego na zawarcie Umowy na jego rachunek oznacza automatycznie wyrażenie zgody na powyższe.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

S 16 Postępowanie w razie zdarzenia

1. W razie powstania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub wystąpienia czynnika (nieszczęśliwego wypadku lub choroby), które może prowadzić do zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela Ubezpieczający/ Ubezpieczony/Uprawniony/Uposażony jest obowiązany:
 - 1) Starać się o zapobieżenie powstaniu zdarzenia lub złagodzenie skutków powstałego zdarzenia przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu.
 - 2) Złożyć wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
 - 3) Umożliwić Ubezpieczycielowi zasięgnięcie informacji o okolicznościach lub przyczynach zdarzenia, w szczególności u lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wystąpieniu zdarzenia.
 - 4) Poddąć się, na zlecenie Ubezpieczyciela, badaniom lekarskim mającym ustalić istnienie i stopień trwałego uszkodzenia ciała lub trwałego rozstroju zdrowia, a w razie konieczności, poddania się w tym celu obserwacji lekarskiej.
 - 5) Jeżeli toczy się postępowanie przygotowawcze lub karne, którego wynik ma wpływ na odpowiedzialność Ubezpieczyciela, dostarczyć Ubezpieczycielowi żądane informacje o rozstrzygnięciach zapadłych w tym postępowaniu w ciągu 7 dni od uzyskania informacji o nich, jeżeli prowadzone postępowanie ma związek ze zdarzeniem.
 - 6) Dostarczyć dokumentację lekarską i inne żądane przez Ubezpieczyciela dokumenty uzasadniające wysokość roszczenia.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego niezbędnymi do wypłaty świadczenia dokumentami są akt zgonu albo uwierzytelniony przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpis aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karta zgonu lub odpis innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci.
3. W razie śmierci Ubezpieczonego obowiązek dostarczenia dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczeń spoczywa na osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia.
4. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
5. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia jako zabezpieczenia umowy zadłużeniowej, dla wypłaty świadczenia głównego lub świadczenia dodatkowego, niezbędne jest dostarczenie oryginału lub kopii umowy zadłużeniowej wraz z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia (o ile umowa zadłużeniowa przewiduje taki harmonogram) oraz dokumentów potwierdzających wysokość zobowiązania aktualnego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

S 17 Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
2. Jeżeli w terminach określonych w OWU Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.



4. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania celem określenia stanu zdrowia Ubezpieczonego. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel. Ubezpieczyciel może również dokonać oceny stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej.
5. Ubezpieczyciel udostępni Uprawnionym informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych. Ubezpieczyciel zapewnia sposób udostępniania akt szkodowych niepowodujący nadmiernego utrudnienia dla tych osób.
6. Świadczenie wypłaca się w polskich złotych niezależnie od miejsca zdarzenia.

§ 18

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, 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 wypłaca w terminie wskazanym w ust. 1.

§ 19

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie przelewu w polskich złotych na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego lub innej formie ustalonej z Ubezpieczycielem.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia składa oświadczenia bezpośrednio lub za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. O ile inna forma składania oświadczeń nie wynika z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa lub postanowień niniejszych OWU, w sprawach związanych z Umową ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia na piśmie.
3. Wszelkie zmiany w danych dotyczących Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonych powinny być zgłaszane Ubezpieczycielowi niezwłocznie na piśmie.
4. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne do wglądu w siedzibie Ubezpieczyciela.

§ 21

Przepisy prawa mające zastosowanie do Umowy ubezpieczenia

1. W sprawach nieuregulowanych Umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

§ 22

1. Z zastrzeżeniem ust. 2, w przypadku gdy:
 - 1) wyznaczono Uposażonego Kredytodawcę;
 - 2) lub Ubezpieczony dokonał cesji praw do świadczeń przysługujących mu z Umowy ubezpieczenia na Uposażonego Kredytodawcę lub na inny podmiot (Cesjonariusza); a Uposażony Kredytodawca lub Cesjonariusz rezygnuje z dochodzenia roszczeń z Umowy ubezpieczenia, roszczeń tych mogą dochodzić Ubezpieczony, spadkobiercy Ubezpieczonego bądź inne osoby.
2. W przypadku określonym w ust. 1, Ubezpieczyciel będzie traktował Ubezpieczonego, spadkobierców Ubezpieczonego bądź inne osoby jako Uprawnionych zamiast Uposażonego Kredytodawcy bądź Cesjonariusza pod warunkiem przedstawienia Ubezpieczycielowi potwierdzenia dokonania przez Uposażonego Kredytodawcę bądź Cesjonariusza czynności prawnej, na podstawie której Uposażony Kredytodawca bądź Cesjonariusz zrzeka się lub przelewa swoje roszczenia z Umowy ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonego, spadkobierców Ubezpieczonego bądź innych osób.

§ 23

Wejście w życie

OWU wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2019 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych od tego dnia.

§ 24

Zatwierdzenie

OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałami z dnia 8 października 2019 roku.

Członek Zarządu
Jakub Jacewicz

Członek Zarządu
Rajmund Rusiecki

KLAUZULE

KLAUZULA ZK1

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeśli trwała i całkowita niezdolność do jakiegokolwiek pracy Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony ubezpieczeniowej.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.
4. W przypadku, gdy nie jest możliwe wykazanie się przez Ubezpieczonego orzeczeniem organu emerytalno-rentowego, spełniającego kryteria, co do długości okresu całkowitej niezdolności do pracy, wskazane w ust. 2 ze względu na zbyt krótki okres pozostały do osiągnięcia przez Ubezpieczonego ustawowego wieku emerytalnego, Ubezpieczyciel dokonuje oceny, czy zachodzi trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy na podstawie przedstawionej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lub następujących po sobie orzeczeń wydanych przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika stwierdzającego zajście całkowitej niezdolności do pracy, na okres lub okresy nie krótsze niż 1 rok.
Warunkiem stwierdzenia, że przewidywany okres całkowitej niezdolności do pracy wyniesie łącznie nieprzerwany okres dłuższy niż 5 lat, jest przedstawienie przez Ubezpieczonego orzeczenia lub orzeczeń, o których mowa w zdaniu poprzednim oraz ustalenie, że zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej w tym okresie.
W razie konieczności Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania celem określenia jego stanu zdrowia oraz w celu stwierdzenia, czy zachodzi trwała i całkowita niezdolność do pracy. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel.
Odmienne od postanowień zawartych w ust. 3, w wypadkach wskazanych w niniejszym ust., za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu lub w pierwszym z wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok.
5. Warunkiem koniecznym objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej klauzuli jest oświadczenie o aktualnym na dzień podpisania Umowy ubezpieczenia statusie ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w ust. 3.

§ 2 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika.

§ 3 Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach klauzuli

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
- 2) w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli;
- 3) w przypadku gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony przestanie spełniać wymóg wskazany w § 1 ust. 5.

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest złożenie, oprócz dokumentów wymienionych w OWU, również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5 Wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2019 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych od tego dnia.

§ 6 Zatwierdzenie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 8 października 2019 roku.

KLAUZULA ZK2

TRWAŁA I CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE CHOROBY

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia i nie była następstwem nieszczęśliwego wypadku.
2. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy jest orzeczenie wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika:
 - a) na okres nie krótszy niż 5 lat,
 - b) lub wydane po sobie orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, jeśli okres niezdolności do pracy liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy wyniesie łącznie co najmniej 5 lat. Jednak w takim przypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że data w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy przypada po rozpoczęciu okresu ochrony.
3. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu wydanym przez lekarza orzecznika jako początek trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, o ile ustalony w tym orzeczeniu okres trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wynosi co najmniej 5 lat. Jednak jeśli trwała i całkowita niezdolność do pracy ustalono na podstawie wydanych po sobie orzeczeń ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok, za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wydania orzeczenia, z którego wynika, że łączny okres całkowitej niezdolności do pracy, liczony od daty, w której zgodnie z pierwszym orzeczeniem powstała niezdolność do pracy, wyniesie co najmniej 5 lat.
4. W przypadku, gdy nie jest możliwe wykazanie się przez Ubezpieczonego orzeczeniem organu emerytalno-rentowego, spełniającego kryteria, co do długości okresu całkowitej niezdolności do pracy, wskazane w ust. 2 ze względu na zbyt krótki okres pozostały do osiągnięcia przez Ubezpieczonego ustawowego wieku emerytalnego, Ubezpieczyciel dokonuje oceny, czy zachodzi trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy na podstawie przedstawionej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej oraz orzeczenia lub następujących po sobie orzeczeń wydanych przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika stwierdzającego zajście całkowitej niezdolności do pracy, na okres lub okresy nie krótsze niż 1 rok.



Warunkiem stwierdzenia, że przewidywany okres całkowitej niezdolności do pracy wyniesie łącznie nieprzerwany okres dłuższy niż 5 lat, jest przedstawienie przez Ubezpieczonego orzeczenia lub orzeczeń, o których mowa w zdaniu poprzednim oraz ustalenie, że zgodnie z wiedzą medyczną brak jest pozytywnych rokowań dotyczących odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy zarobkowej w tym okresie.

W razie konieczności Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania celem określenia jego stanu zdrowia oraz w celu stwierdzenia, czy zachodzi trwała i całkowita niezdolność do pracy. Koszt badań oraz powołania komisji pokrywa Ubezpieczyciel.

Odmienne od postanowień zawartych w ust. 3, w wypadkach wskazanych w niniejszym ust., za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień wskazany w orzeczeniu lub w pierwszym z wydanych po sobie orzeczeniach ustalających całkowitą niezdolność do pracy na następujące po sobie nieprzerwane okresy nie krótsze niż 1 rok.

- Warunkiem koniecznym objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej klauzuli jest oświadczenie o aktualnym na dzień podpisania Umowy ubezpieczenia statusie Ubezpieczonego w ramach systemu ubezpieczeń społecznych pozwalającym na potencjalne uzyskanie przez Ubezpieczonego orzeczenia organu emerytalno-rentowego wskazanego w ust. 3.
- Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby 90-dniową karencję, której okres rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 2

Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.
- Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest orzeczenie stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika. Przyczyną wystąpienia niezdolności do pracy wskazaną w orzeczeniu mogą być wyłącznie choroby, które zostały zdiagnozowane w okresie ubezpieczenia.
- W przypadkach wskazanych w § 14 ust. 4 OWU i przy spełnieniu wszystkich warunków w nim postawionych, dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, nie ma zastosowania ograniczenie wskazane w ust. 2 dotyczące konieczności zdiagnozowania choroby będącej przyczyną wystąpienia niezdolności do pracy w okresie ubezpieczenia.

§ 3

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach klauzuli

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby wygasa:

- w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
- w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie dodatkowe w ramach niniejszej klauzuli;
- w przypadku gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony przestanie spełniać wymóg wskazany w § 1 ust. 5.

§ 4

Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie choroby jest złożenie, oprócz dokumentów wymienionych w OWU, również orzeczenia lekarza orzecznika o niezdolności do pracy oraz dokumentacji potwierdzającej zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2019 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych od tego dnia.

§ 6

Zatwierdzenie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 8 października 2019 roku.

KLAUZULA ZK3

POWAŻNE ZACHOROWANIE UBEZPIECZONEGO

§ 1

Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanych im w OWU bądź innych klauzulach.

- ciężkie oparzenie** – oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub, w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny;
- nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania mniejszym niż T2N0M0,
- wszelkie nowotwory skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej, mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych kompletnych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- przewlekła niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek (niewydolność nerek), wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii;
- schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej jeden z poniższych objawów:
 - wodobrzusze niepoddające się leczeniu,
 - trwała żółtaczka,
 - żylaki przełyku,
 - encefalopatia wrotna.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki chorób wątroby powstałych na skutek nadużywania alkoholu lub leków;

- wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu** – rozległa martwica wątroby spowodowana infekcją wirusową, prowadząca do gwałtownego rozwoju niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być oparte na potwierdzeniu infekcji wirusem zapalenia wątroby i występowaniu wszystkich następujących kryteriów:
 - szybko postępujące zmniejszenie wątroby obserwowane w USG,
 - szybko wzrastająca aktywność transaminaz,
 - szybko narastająca żółtaczka,
 - martwica obejmująca całe zraziki wątrobowe (w przypadku przeprowadzenia biopsji wątroby).

Samo zakażenie wirusem zapalenia wątroby typu B lub bezobjawowe nosicielstwo nie są objęte ochroną ubezpieczeniową. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są także przypadki przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby, niewydolności wątroby spowodowanej działaniem toksyn albo nadużywaniem alkoholu lub leków;

- utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy;
- utrata mowy** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie laryngologii w oparciu o stwierdzenie choroby lub urazu fałdów głosowych. Wykluczeniem są objęte wszelkie przypadki utraty zdolności mówienia spowodowane schorzeniami psychicznymi. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty zdolności mówienia możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- utrata słuchu** – całkowita i nieodwracalna obuuszna utrata możliwości odbierania bodźców akustycznych spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie



musi być postawione na podstawie badań audiometrycznych i potwierdzone przez specjalistę laryngologa. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;

- 12) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej poważnego zachorowania. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje pod warunkiem, że dane poważne zachorowanie zostało zdiagnozowane po raz pierwszy w życiu osoby Ubezpieczonej oraz, że choroba, która była bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko poważnego zachorowania Ubezpieczonego 90-dniową karencję, której okres rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Przez poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju poważnego zachorowania ujętej w § 1 lub wystąpienie zawału serca bądź udaru mózgu (zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 OWU).
4. W przypadkach wskazanych w § 14 ust. 4 OWU i przy spełnieniu wszystkich warunków w nim postawionych, dla umów ubezpieczenia zawieranych w związku z zabezpieczeniem umowy zadłużeniowej, nie ma zastosowania ograniczenie wskazane w ust. 1 dotyczące konieczności zdiagnozowania choroby będącej bezpośrednią i główną przyczyną wystąpienia danego poważnego zachorowania w okresie ubezpieczenia.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Zakres ochrony

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania obejmującego wystąpienie:

- 1) zawału serca (zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 OWU),
- 2) udaru mózgu (zgodnie z definicjami zawartymi w § 2 OWU), a także jakiegokolwiek z poważnych zachorowań wymienionych i zdefiniowanych w § 1 niniejszej klauzuli, tj.:
- 3) ciężkiego oparzenia,
- 4) łagodnego nowotworu mózgu,
- 5) nowotworu złośliwego,
- 6) operacji pomostowania naczyń wieńcowych,
- 7) przeszczepu narządów,
- 8) przewlekłej niewydolności nerek,
- 9) schyłkowej niewydolności wątroby,
- 10) wirusowego zapalenia wątroby o piorunującym przebiegu,
- 11) utraty kończyn,
- 12) utraty mowy,
- 13) utraty słuchu,
- 14) utraty wzroku.

§ 5 Wyłączenia i ograniczenia w ochronie ubezpieczeniowej

W odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego, z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia, ochrona ubezpieczeniowa zostaje ograniczona do przypadków wystąpienia następujących rodzajów poważnych zachorowań:

- 1) ciężkie oparzenie,
- 2) przeszczep narządów,
- 3) przewlekła niewydolność nerek,
- 4) wirusowe zapalenie wątroby o piorunującym przebiegu,
- 5) utrata kończyn,
- 6) utrata mowy,
- 7) utrata słuchu,
- 8) utrata wzroku.

§ 6 Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach klauzuli

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia;
- 2) wypłaty świadczenia w wysokości wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.

§ 7 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości Uprawnionego,
- 2) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU,
- 3) jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w następstwie nieszczęśliwego wypadku – dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia zdarzenia (np. opis zdarzenia, zaświadczenie lekarskie, protokoły policji, postanowienie o umorzeniu lub innej decyzji prokuratury itp.),
- 4) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania.

§ 8 Wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2019 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych od tego dnia.

§ 9 Zatwierdzenie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 8 października 2019 roku.

KLAUZULA ZK7 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU PRZY PRACY ROLNICZEJ

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w OWU bądź innych klauzulach:

- 1) **gospodarstwo rolne** – obszar użytków rolnych, gruntów pod stawami oraz sklasyfikowanych jako użytki rolne gruntów pod zabudowaniami, przekraczający łącznie powierzchnię 1,0 ha, jeżeli podlega on w całości lub części opodatkowaniu podatkiem rolnym, a także obszar takich użytków i gruntów, niezależnie od jego powierzchni, jeżeli jest prowadzona na nim produkcja rolna, stanowiąca dział specjalny w rozumieniu przepisów o podatku dochodowym od osób fizycznych;
- 2) **wypadek przy pracy rolniczej** – nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił podczas czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej albo pozostających w związku z wykonywaniem tych czynności:
 - a) na terenie gospodarstwa rolnego, które Ubezpieczony prowadzi lub w którym stale pracuje, albo na terenie gospodarstwa rolnego bezpośrednio związanego z tym gospodarstwem rolnym lub
 - b) w drodze Ubezpieczonego z miejsca zamieszkania bezpośrednio do gospodarstwa rolnego albo w drodze powrotnej lub
 - c) podczas wykonywania poza terenem gospodarstwa rolnego zwykłych czynności związanych z prowadzeniem działalności rolniczej lub w związku z wykonywaniem tych czynności lub
 - d) w drodze do miejsca wykonywania czynności, o których mowa w punkcie c) albo w drodze powrotnej.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego w następstwie wypadku przy pracy rolniczej, jeśli śmierć nastąpiła wyłącznie i bezpośrednio na skutek nieszczęśliwego wypadku w trakcie wykonywania czynności związanych z działalnością rolniczą w okresie 180 dni od daty zdarzenia.
2. Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie przestrzegał przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy, co w sposób bezpośredni przyczyniło się do wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
3. Poza przypadkami wskazanymi w OWU, Ubezpieczyciel nie ponosi



odpowiedzialności także w przypadku wykonywania przez Ubezpieczonego pracy bez kwalifikacji lub uprawnień wymaganych przez obowiązujące przepisy prawa.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonym świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego dokumentów wskazanych w OWU.

§ 5 Wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2019 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych od tego dnia.

§ 6 Zatwierdzenie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 8 października 2019 roku.

KLAUZULA ZK8 ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE CHOROBY ZAKAŻNEJ W ROLNICTWIE

§ 1 Definicje i skróty

Terminom użytym w niniejszej klauzuli nadaje się następujące znaczenia, przy czym poniższe definicje mają zastosowanie jedynie do niniejszej klauzuli i zmieniają znaczenia poszczególnych terminów nadanego im w OWU bądź innych klauzulach:

choroba zakaźna w rolnictwie – choroba zakaźna, która powstała w związku z pracą w gospodarstwie rolnym i jest objęta wykazem chorób zawodowych zgodnie z aktualnymi przepisami prawa.

§ 2 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia, w trakcie udzielania ochrony, zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci Ubezpieczonego w następstwie wystąpienia choroby zakaźnej w rolnictwie zdiagnozowanej u Ubezpieczonego po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia.
2. Przez choroby zakaźne w rolnictwie objęte ochroną ubezpieczeniową rozumie się wyłącznie stan odpowiadający definicji danego rodzaju choroby zakaźnej w rolnictwie ujętej w § 1 klauzuli.

§ 3 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonym świadczenie dodatkowe w wysokości określonego w dokumencie ubezpieczenia procentu świadczenia głównego, o którym mowa w § 7 ust. 2 OWU, jednak nie więcej niż kwotę wskazaną w dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia jest złożenie przez Uprawnionego:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości Uprawnionego,
- 2) aktu zgonu albo uwierzytelnionego przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego oraz karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę śmierci,
- 3) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie choroby zakaźnej w rolnictwie w okresie ubezpieczenia,
- 4) innych dokumentów żądanych przez Ubezpieczyciela, w szczególności wskazanych w OWU.

§ 5 Wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli wchodzi w życie z dniem 1 listopada 2019 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych od tego dnia.

§ 6 Zatwierdzenie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 8 października 2019 roku.

Członek Zarządu
Jakub Jacewicz

Członek Zarządu
Rajmund Rusiecki

KLAUZULA ZK9 UTRATA PRACY

§ 1 Zdarzenie ubezpieczeniowe

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci rozwiązania z Ubezpieczonym stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa pracy.
2. Ubezpieczyciel stosuje na ryzyko utraty pracy 90-dniową karancję, której okres rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 2 Przedmiot i wysokość świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci utraty pracy, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłacania miesięcznego świadczenia dodatkowego na zasadach określonych w ustępach poniższych.
2. W przypadku umów ubezpieczenia zawartych na stałą sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel będzie wypłacał Ubezpieczonemu miesięczne świadczenie dodatkowe w wysokości odpowiadającej 1/12 sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 1 250 zł miesięcznie.
3. W przypadku umów ubezpieczenia zawartych na kredytową sumę ubezpieczenia, Ubezpieczyciel będzie wypłacał Ubezpieczonemu miesięczne świadczenie dodatkowe na następujących zasadach:
 - 1) w przypadku umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie umów zadłużeniowych w postaci wszelkiego rodzaju kredytów lub pożyczek z obowiązkiem spłaty kapitału na koniec okresu obowiązywania umowy zadłużeniowej – kwota miesięcznego świadczenia dodatkowego odpowiada wysokości raty odsetkowej należnej w dniu wymagalności danego miesięcznego świadczenia dodatkowego, zgodnie z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia wynikającym z umowy zadłużeniowej;
 - 2) w przypadku umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie umów zadłużeniowych, w ramach których spłata kapitału następuje ratalnie (malejąca kwota aktualnego zobowiązania w trakcie trwania umowy zadłużeniowej) – kwota miesięcznego świadczenia dodatkowego odpowiada wysokości raty kapitałowo-odsetkowej należnej w dniu wymagalności danego miesięcznego świadczenia dodatkowego, zgodnie z początkowym harmonogramem spłaty zadłużenia, który wynika z umowy zadłużeniowej;
 - 3) w przypadku umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie umów zadłużeniowych związanych z limitem zadłużeniowym w ramach rachunku bankowego lub w ramach karty kredytowej – kwota miesięcznego świadczenia dodatkowego odpowiada 1/20 wykorzystanego limitu zadłużenia aktualnego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 50% pierwotnego limitu zadłużenia (to jest limitu zadłużenia obowiązującego na dzień zawarcia umowy zadłużeniowej);
 - 4) w przypadku umów ubezpieczenia zawartych na kredytową sumę ubezpieczenia, jeżeli zadłużenie w ramach umowy zadłużeniowej spłacane jest z inną częstotliwością niż miesięczna – miesięczne świadczenie dodatkowe obliczane jest zgodnie z proporcją raty odsetkowej (dla świadczeń, o których mowa w ust. 3 pkt 1) lub kapitałowo-odsetkowej (dla świadczeń, o których mowa w ust. 3 pkt 2) za okres miesięczny.

4. Za dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się dzień, w którym nastąpiło spełnienie warunków zawartych w ust. 6. Pierwsze miesięczne świadczenie dodatkowe jest należne Ubezpieczonemu od dnia następnego, po spełnieniu warunków zawartych w ust. 6. W przypadku umów ubezpieczenia stanowiących zabezpieczenie umów zadłużeniowych zawartych na okres ponad 12 miesięcy, miesięczne świadczenie dodatkowe jest należne Ubezpieczonemu po upływie 60 dni od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Kolejne miesięczne świadczenia dodatkowe wypłacane są w odstępach jednego miesiąca kalendarzowego. Wysokość każdego z miesięcznych świadczeń dodatkowych oblicza się przy uwzględnieniu reguł wynikających z ust. 3 na dzień wymagalności poszczególnych miesięcznych świadczeń dodatkowych. W przypadku zgłoszenia przez Ubezpiezonego wniosku o wypłatę miesięcznego świadczenia dodatkowego po dniu jego wymagalności, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu jednorazowo zaległe miesięczne świadczenia dodatkowe, których termin wymagalności przypadał przed dniem zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia.
5. W okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu maksymalnie 12 miesięcznych świadczeń dodatkowych. Jednocześnie suma wypłaconych świadczeń miesięcznych nie może przekraczać kwoty 15 000 zł.
6. Warunkiem odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach niniejszej klauzuli dodatkowej jest zarejestrowanie się przez Ubezpiezonego jako bezrobotnego i uzyskanie z tego tytułu prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
7. W każdym przypadku miesięczne świadczenie dodatkowe przestaje być należne Ubezpieczonemu począwszy od:
 - 1) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia,
 - 2) ostatniego dnia miesiąca wypłaty zasiłku dla bezrobotnych,
 - 3) dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) dnia rozwiązania umowy zadłużeniowej, której zabezpieczenie stanowi Umowa ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli rozwiązanie stosunku pracy nastąpiło:
 - 1) przed upływem 90 dni od dnia początku ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez Ubezpiezonego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - 3) w wyniku rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - 4) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez pracodawcę bez wypowiedzenia w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - 5) w wyniku zakończenia stosunku pracy zawartego na czas określony z powodu upływu okresu, na który stosunek pracy miał obowiązywać, zgodnie z umową o pracę na czas określony, bądź innym dokumentem potwierdzającym nawiązanie stosunku pracy.
 - 6) w wyniku wypowiedzenia stosunku pracy dokonanego przez pracodawcę Ubezpiezonego przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3 Zawiadomienie

Podstawą do wypłaty świadczenia w razie utraty pracy jest złożenie, poza dokumentami wskazanymi w OWU, również:

- 1) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
- 2) świadectwa pracy lub wypowiedzenia warunków pracy i płacy,
- 3) kopii umowy o pracę,
- 4) kopii dokumentu potwierdzającego, że Ubezpieczony został zarejestrowany jako bezrobotny i posiada prawo do zasiłku.

§ 4 Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach klauzuli

Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka utraty pracy wygasa:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia;
- 2) w przypadku otrzymania przez Ubezpiezonego 12 miesięcznych świadczeń dodatkowych w ramach niniejszej klauzuli;
- 3) w przypadku otrzymania przez Ubezpiezonego łącznego świadczenia dodatkowego (suma miesięcznych świadczeń dodatkowych) wynoszącego 15 000 zł w ramach niniejszej klauzuli.

§ 5 Wejście w życie

Postanowienia niniejszej klauzuli wchodzą w życie z dniem 1 listopada 2019 roku i mają zastosowanie do wniosków ubezpieczeniowych/umów ubezpieczenia składanych od tego dnia.

§ 6 Zatwierdzenie

Postanowienia niniejszej klauzuli zostały zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 8 października 2019 roku.



Członek Zarządu
Jakub Jacewicz



Członek Zarządu
Rajmund Rusiecki

Jak zgłosić szkodę?



WWW

Formularze ON-LINE na

www.szkodyzycie.generali.pl



List

Generali Życie T.U. S.A.

ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa

Ubezpieczenie Utraty pracy



Telefon

61 858 48 08

wew. 2



Fax

61 858 48 99



E-mail

szkody.poznan@concordiaubezpieczenia.pl