

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW nr 9980/4
„UBEZPIECZENIE SPŁATY KREDYTU
OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

§1.
Definicje

1. **„Klient”** – osoba fizyczna, która zawarła umowę kredytu ratalnego z Ubezpieczającym.
2. **„Ubezpieczający”** – AIG Bank Polska S.A., z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c.
3. **„Towarzystwo”** – Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26.
4. **„Ubezpieczony”** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
5. **„Ubezpieczenie”** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy.
6. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
7. **„Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny”** - niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale jakiegokolwiek pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, rezultatem którego są obrażenia ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem są obrażenia ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd będący w ruchu.
8. **„Pojazd”** - urządzenie mechaniczne przeznaczone do transportu lądowego posiadające silnik, rowery oraz wszelkie inne urządzenia do transportu wodnego lub lotniczego.
9. **„Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej”** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem.
10. **„Umowa”** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Kredytobiorców- Ubezpieczenie spłaty Kredytu” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
11. **„Umowa kredytowa”** – umowa o kredyt ratalny zawierana pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym.
12. **„Składka”** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
13. **„Rocznica Umowy”** – w danym roku kalendarzowym dzień odpowiadający dniu zawarcia Umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia, następny. dzień przypadający po dniu, odpowiadającemu dniu zawarcia Umowy.
14. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Hospitalizacja Ubezpieczonego, Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzenie Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, stwierdzenie Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
15. **„Trwałe i całkowite inwalidztwo”** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

16. **„Uprawniony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci wynikających z Umowy, innych niż świadczenia należne Ubezpieczającemu. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenia te zostaną wypłacone Spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
17. **„Hospitalizacja”** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
18. **„Choroba”** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
19. **„Uszkodzenie Ciała”** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
20. **„Szpital”** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych, zatrudniający zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek inna placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki lecznictwa otwartego (np.: ambulatoria, przychodnie zdrowia, tzw. kliniki jednego dnia), zakłady lecznictwa uzdrowskiego tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowskie, oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne.
21. **„Pacjent Stały”** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział) i wpisem do rejestru pacjentów.
22. **„Napaść”** - każdy akt agresji skierowany przeciwko Ubezpieczonemu przez osobę trzecią w tym napadnięcie na Ubezpieczonego przez osobę trzecią i wystąpienie zaczepne osoby trzeciej przeciwko ubezpieczonemu, potwierdzony właściwym protokołem z Policji.

§2.

Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Osoby przystępujące do Ubezpieczenia mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową w ramach 9 Grup ryzyk. Grupa ryzyk, w ramach której dany Klient objęty jest ubezpieczeniem, określona jest w deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla osób, które w dniu zawarcia Umowy kredytowej mają ukończone 18 lat, a nie ukończyły 69 lat, obejmuje:
 - A. Grupa ryzyk 1 - śmierć Ubezpieczonego, zgodnie z §6;
 - B. Grupa ryzyk 2 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §6, §7 ust.1, § 8;

- C. Grupa ryzyk 3 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust.1, § 8, §12;
 - D. Grupa ryzyk 4 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust. 1, § 8, §12;
 - E. Grupa ryzyk 5 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, § 9, § 12;
 - F. Grupa ryzyk 6 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §12;
 - G. Grupa ryzyk 7 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §12;
 - H. Grupa ryzyk 8 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §11, §12;
 - I. Grupa ryzyk 9 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §11, §12.
4. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla osób, które w dniu zawarcia Umowy kredytowej ukończyły 69 lat, a nie ukończyły 95 lat, obejmuje:
- A. Grupa ryzyk 1 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7 ust. 2 lit. a
 - B. Grupa ryzyk 2, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7 ust. 2 lit. b
 - C. Grupa ryzyk 3, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust. 2 lit. c, §12;
 - D. Grupa ryzyk 4, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. d, §12;

- E.** Grupa ryzyk 5, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. e, §12;
- F.** Grupa ryzyk 6, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit f, §12;
- G.** Grupa ryzyk 7, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. g, §12;
- H.** Grupa ryzyk 8, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust. 2 lit. h, §12;
- I.** Grupa ryzyk 9, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. i, §12.

§3.

Kwalifikacja

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli:
 - a. ukończył 18 lat ale nie ukończył 69 lat w dniu zawarcia Umowy kredytowej - w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w §2 ust. 3,
 - b. ukończył 69 lat ale nie ukończył 95 lat w dniu zawarcia Umowy kredytowej - w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w §2 ust. 4.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca lub, gdy klient kończy 18 lat w miesiącu podpisania Umowy kredytowej, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.
3. Niepełne lat kredytowania zaokrąglane są w górę.
4. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który spełnia wymogi podane w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz podpisze deklarację o objęciu ubezpieczeniem. Jeżeli Klient podpisał deklarację o objęciu ubezpieczeniem mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w ust. 1, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności.

§4.

Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest dzień zawarcia Umowy kredytowej.
2. Okres indywidualnego Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowani, tj. od daty zawarcia Umowy kredytowej do ostatecznego terminu spłaty, o którym mowa w pierwotnym harmonogramie Umowy kredytowej.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego kończy się w dniu wystąpienia jednej z określonych poniżej okoliczności:
 - 1) upływu okresu, za który została opłacona Składka,

- 2) śmierci Ubezpieczonego,
- 3) stwierdzenia stanu Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego zgodnie z §8 lub §9,
- 4) upływu okresu indywidualnego Ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej.

§5.

Rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo rezygnacji z Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty rozpoczęcia jego Ubezpieczenia na zasadach określonych w Umowie kredytowej.
2. Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu.
3. W przypadku rezygnacji całość Składki zostanie zwrócona Ubezpieczającemu.
4. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z Ubezpieczenia.

§6.

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, to świadczenie równe *Sumie ubezpieczenia* określonej w § 13 ust.1, jest wypłacane Ubezpieczającemu, w przypadku Ubezpieczenia Klienta w grupie ryzyk 2-9.
2. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia z każdej przyczyny, to świadczenie równe *Sumie ubezpieczenia* określonej w § 13 ust.1, jest wypłacane Ubezpieczającemu, w przypadku Ubezpieczenia Klienta w grupie ryzyk 1.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1, nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 wypłacane jest w całości Uprawnionemu.
4. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany osoby uprawnionej do otrzymania części świadczenia na wypadek śmierci, innej niż część należna Ubezpieczającemu, przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa. W celu wskazania lub zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia należy podać następujące informacje:
 - a. nr Umowy kredytowej,
 - b. imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - c. nr polisy grupowej 9980/4,
 - d. imię i nazwisko osoby uprawnionej,
 - e. data urodzenia osoby uprawnionej,
 - f. adres do korespondencji osoby uprawnionej.

§7.

Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

1. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. a), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie, równe jest podwójnej Sumie ubezpieczenia (200%) określonej w § 13 ust.1, jest wypłacane w równych częściach:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,

- 100% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. b), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie równe jest:
- a. w przypadku Grupy ryzyk 1 – 100% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust.1 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 2 – 150% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 50% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - c. w przypadku Grupy ryzyk 3 – 100% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
 - d. w przypadku Grupy ryzyk 4 – 150% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 50% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - e. w przypadku Grupy ryzyk 5 – 200% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - f. w przypadku Grupy ryzyk 6 – 250% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 150% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - g. w przypadku Grupy ryzyk 7 – 300% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 200% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - h. w przypadku Grupy ryzyk 8 – 350% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 250% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - i. w przypadku Grupy ryzyk 9 – 400% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 300% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.

3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1, nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie o którym mowa w ust. 1 i ust.2 wypłacane jest w całości Uprawnionemu.
4. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany osoby uprawnionej do otrzymania części świadczenia na wypadek śmierci, innej niż część należna Ubezpieczającemu, przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa. W celu wskazania lub zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia należy podać następujące informacje:
 - nr Umowy kredytowej,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - nr polisy grupowej 9980/4,
 - imię i nazwisko osoby uprawnionej,
 - data urodzenia osoby uprawnionej,
 - adres do korespondencji osoby uprawnionej.

§8.

Świadczenie z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo, Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), należne świadczenie wypłacane zostanie Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej :
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 2 i 4, *Sumie ubezpieczenia* określonej w § 13 ust. 1 obliczonej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg harmonogramu) przypadającej po dniu wydania decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia,
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 3, 75% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 obliczonej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg harmonogramu) przypadającej po dniu wydania decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia.
2. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia, że w dniu Nieszczęśliwego Wypadku powodującego Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy oraz był aktywny zawodowo (był zatrudniony lub prowadził działalność gospodarczą).
3. W przypadku osób, które nie są aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, studenci), a także w przypadku osób powyżej 65 roku życia za Trwałe i całkowite inwalidztwo uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach, lub
 - przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Od daty Nieszczęśliwego Wypadku powodującego Trwałe i całkowite inwalidztwo do czasu diagnozy musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwałe i całkowite inwalidztwo zostaje stwierdzone natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

§9.

Świadczenie z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa

1. W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo, Trwałego i całkowitego inwalidztwa u Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), należne świadczenie wypłacane zostanie Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 5-9, *Sumie ubezpieczenia* określonej w § 13 ust. 1 obliczonej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg harmonogramu) przypadającej po dniu wydania decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia.
2. Warunkiem wypłaty świadczenia jest uzyskanie przez Towarzystwo potwierdzenia, że w dniu Nieszczęśliwego Wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu Umowy oraz był aktywny zawodowo (był zatrudniony lub prowadził działalność gospodarczą).
4. W przypadku osób, które nie są aktywne zawodowo (np. emeryci, renciści, bezrobotni, studenci), a także w przypadku osób powyżej 65 roku życia za Trwałe i całkowite inwalidztwo uważa się inwalidztwo polegające na utracie:
 - wzroku w obu oczach, lub
 - przynajmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
5. Od daty Nieszczęśliwego Wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej Trwałe i całkowite inwalidztwo do czasu diagnozy musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwałe i całkowite inwalidztwo zostaje stwierdzone natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

§10.

Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

1. W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a) należne świadczenie, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej :
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 6 – 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji określonej w § 13 ust.3
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 7-9 – 200% Sumy ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji określonej w § 13 ust.3
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej 30 dni,
 - 3) Uszkodzenie ciała, w wyniku którego Ubezpieczony podlega Hospitalizacji są bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.

3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku płatne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów §13.
4. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 180 dni.
5. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§11.

Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby

1. W razie Hospitalizacji na skutek Choroby Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a) należne świadczenie, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - a. W przypadku Grupy ryzyk 8 – 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji określonej w § 13 ust.3
 - b. W przypadku Grupy ryzyk 9 – 200% Sumy ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji określonej w § 13 ust.3
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która powstała po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej 30 dni.
3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby płatne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów §13.
4. Maksymalny okres Hospitalizacji dla każdej Choroby nie może przekroczyć 180 dni.
5. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tą samą Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§12.

Płatność świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

1. W razie śmierci Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3-9, na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, należne świadczenie, w wysokości *Sumy ubezpieczenia* określonej w §13 ust.1, jest wypłacane Uprawnionemu.
2. Świadczenie jest wypłacane, jeżeli łącznie:
 - a) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wyżej wymienionego wypadku i
 - b) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała,
oraz jeżeli w dacie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczony spełnia co najmniej jeden z poniższych warunków:
 - c) ma prawo do świadczeń emerytalnych lub
 - d) ma prawo do świadczenia z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego lub

- e) w okresie bezpośrednio poprzedzającym Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny Ubezpieczony nie przepracował, na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony w pełnym wymiarze czasu pracy u jednego pracodawcy, co najmniej 6-ciu następujących po sobie miesięcy.
3. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa. W celu wyznaczenia lub zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia należy podać następujące informacje:
- nr Umowy kredytowej,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - nr polisy grupowej 9980/4,
 - imię i nazwisko osoby uprawnionej,
 - data urodzenia osoby uprawnionej,
 - adres do korespondencji osoby uprawnionej.

§13.

Suma ubezpieczenia

1. *Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz Trwałego całkowitego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równa jest:
 - a. kwocie kapitału wynikającej z harmonogramu spłaty, obowiązującego w dniu zawarcia Umowy kredytowej, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg harmonogramu) przypadającej po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
 - b. kwocie odsetek będących częścią raty kapitałowo-odsetkowej, wynikającej z harmonogramu spłaty, obowiązującej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg harmonogramu) przypadającej po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Maksymalna kwota kredytu na potrzeby obliczania *Sumy ubezpieczenia* nie może przekroczyć 30.000,00 (słownie: trzydzieści tysięcy) złotych. W przypadku, gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną Umowę kredytową, Suma ubezpieczenia będzie obliczana przy uwzględnieniu powyższego limitu.
3. *Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby* odpowiada kwocie miesięcznej raty kredytu.

§14.

Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w tym Grupy ryzyk, o których mowa w § 2, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy a także charakterystyki kredytów ratalnych, w tym faktycznego okresu ich obowiązywania.
2. Składki płatne są w złotych polskich z góry za cały okres ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
3. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Umowie oraz Umowie kredytowej.
4. Składka jest przekazywana do Towarzystwa przez Ubezpieczającego.

§15.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego, śmierci na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz Hospitalizacji Ubezpieczonego spowodowanych bądź wynikających bezpośrednio lub pośrednio, w całości lub części, z dowolnego z poniższych czynników:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 3) Choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych w ciągu 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia się Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu 3 pierwszych miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony;
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego;
 - 5) Napaści lub usiłowania Napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa oraz udziału w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym.
 - 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wystąpiło bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo wskutek:
 - 3) Choroby psychicznej Ubezpieczonego, w tym zaburzeń nerwowych;
 - 4) niesprawności stwierdzonej u Ubezpieczonego na podstawie subiektywnych odczuć nie potwierdzonych żadnymi badaniami laboratoryjnymi, biochemicznymi lub mikrobiologicznymi.
3. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego wynika bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo lub jest związana z:
 - 1) bólami pleców, krzyża i schorzeniami powiązаныmi, chyba, że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenia;
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 3) ciążą, porodem, poronieniem samoistnym lub sztucznym (za wyjątkiem komplikacji w okresie połogu zagrażającym życiu kobiety) oraz leczeniem bezpłodności;
 - 4) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową;
 - 5) wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;

- 6) wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu;
- 7) jakąkolwiek infekcją, która powstała w trakcie hospitalizacji;
- 8) jakąkolwiek opieką, bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji;

§16. Roszczenia

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane w formie oryginału albo kopii poświadczonych notarialnie.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, jego Spadkobierca, lub inna osoba uprawniona, kontaktuje się z Ubezpieczającym w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia. Ubezpieczający niezwłocznie przesyła osobom uprawnionym formularze *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpieczonego/Spadkobiercy/Uposażonego* oraz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie lekarza (dokumentacja zgonu)*, które po wypełnieniu powinny zostać niezwłocznie odesłane do Towarzystwa wraz z:

- odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego lub jego kopią poświadczoną notarialnie;
- statystyczną kartą zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu (w przypadku braku wypełnionego formularza przez lekarza),
- kopią Umowy kredytowej uwzględniającej zapis o objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach polisy grupowej oraz potwierdzenie przekazania składki;

Jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, Spadkobierca lub inna uprawniona osoba przesyła:

- kopię protokołu powypadkowego z Policji, Prokuratury, Sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaje nazwę i adres placówki prowadzącej postępowanie,.
- kopię protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

Dodatkowo, jeśli śmierć nastąpiła w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, wymagane będzie dostarczenie dokumentu potwierdzającego spełnienie jednego z warunków określonych w § 12 ust 2 pkt c, d, e.

2. Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia, telefonicznego lub na formularzu *Wstępne zgłoszenie roszczenia* Ubezpieczający przesyła Ubezpieczonemu formularze *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie Ubezpieczonego/Spadkobiercy/Uposażonego* oraz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu – Oświadczenie lekarza (dokumentacja całkowitego i Trwałego inwalidztwa)*, które po wypełnieniu powinny zostać niezwłocznie odesłane do Towarzystwa wraz z:

- kopią Umowy kredytowej uwzględniającej zapis o objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach polisy grupowej oraz potwierdzenie przekazania składki;

- *orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu;*
- kopią dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy;
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy;
- kopią protokołu powypadkowego z Policji, Prokuratury, Sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

3. Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia, telefonicznego lub na formularzu *Wstępne zgłoszenie roszczenia* Ubezpieczający przesyła Ubezpieczonemu formularz *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia kredytu - dokumentacja Hospitalizacji*, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Towarzystwa wraz z:

- kopią Umowy kredytowej uwzględniającej zapis o objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach polisy grupowej oraz potwierdzenie przekazania składki;
- kopią dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego;
- kopią protokołu powypadkowego z Policji, Prokuratury, Sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

4. Badanie medyczne

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS,
- przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tej weryfikacji i badań.

5. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zajścia zdarzenia poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
2. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.

4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, Sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji i osób o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

6. Wypłata świadczenia

Wypłata należnego świadczenia zostanie dokonana w najkrótszym możliwym terminie, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo wszystkich wymaganych dokumentów.

§17.

Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres siedziby Towarzystwa do Działu Obsługi Klienta. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź.
2. W przypadku nie uznania skargi lub zażalenia przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych.

§18.

Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

§19.

Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.