

**WARUNKI UBEZPIECZENIA DLA OSÓB ZAWIERAJĄCYCH UMOWY O KREDYT NA ZAKUP
TOWARÓW/USŁUG Z ALIOR BANK S.A. WARIANT STANDARD****KOD: R02**

Informacja dotycząca zapisów warunków ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 pkt 1-3, 9, 25, § 3, § 4, § 5
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5, § 6, § 9 ust. 5, § 10 ust. 4, § 12

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Niniejsze warunki ubezpieczenia (dalej zwane „warunkami ubezpieczenia”) regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące następujących ryzyk: utraty pracy przez Ubezpieczonego, czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Ponadto znajdują się tu regulacje dotyczące czasu trwania tej ochrony (jej początku i zakończenia, w tym odstąpienia i rezygnacji z ubezpieczenia), zasady ustalania wysokości i płatności składki ubezpieczeniowej, wysokość świadczeń oraz zasady ich wypłaty, ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powinności i obowiązki Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zasady składania i rozpatrywania reklamacji.

§ 2

Terminom użytym w niniejszych warunkach ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **czasowa niezdolność do pracy** - trwająca nieprzerwanie nie krócej niż 60 dni niemożność:
 - a) świadczenia przez Ubezpieczonego pracy na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych z Ubezpieczonym na czas określony, krótszy niż okres spłaty kredytu zgodnie z harmonogramem spłat, lub
 - b) wykonywania pracy w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (indywidualnie lub w formie spółki osobowej), potwierdzona wydanym zgodnie z przepisami prawa zaświadczeniem lekarskim, w czasie trwania której Ubezpieczony nie wykonuje pracy i nie prowadzi działalności, z tytułu której otrzymywałby wynagrodzenie, lub która przynosiłaby dochód;
- 2) **data utraty pracy** - dzień następny po upływie 30 dni liczonych od daty rozwiązania stosunku pracy, nie wcześniej jednak niż dzień następny po dniu, w którym Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 3) **data wystąpienia czasowej niezdolności do pracy** - dzień następny po upływie 60 dni liczonych od pierwszego dnia czasowej niezdolności do pracy;
- 4) **deklaracja zgody** - oświadczenie Klienta Alior Banku o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem, składane Ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy kredytu w następujący sposób:
 - a) pisemnie,
 - b) za pomocą środków porozumiewania się na odległość - wyłącznie w związku z zawarciem umowy o kredyt w kwocie nie wyższej niż 20.000 zł (słownie: dwadzieścia tysięcy złotych);
złożenie deklaracji zgody jest warunkiem niezbędnym dla objęcia Klienta Alior Banku ochroną ubezpieczeniową; operatorem środków porozumiewania się na odległość jest Alior Bank;
- 5) **harmonogram spłat** - dokument określający terminy płatności wszystkich rat przewidzianych umową o kredyt, wysokości tych rat i poziom zadłużenia Klienta Alior Banku w ramach umowy o kredyt po spłacie każdej z rat;
- 6) **karencja** - okres, w którym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności lub odpowiedzialność ta jest ograniczona, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia;
- 7) **Klient Alior Banku/Kredytobiorca** - osoba fizyczna korzystająca z usług Alior Banku, która zawarła z Alior Bankiem umowę o kredyt;
- 8) **kredyt** - kredyt/pożyczka na zakup towarów/usług w kwocie nie wyższej niż 40.000 zł (słownie: czterdzieści tysięcy złotych) udzielany na okres nie dłuższy niż 60 miesięcy, w ramach umowy o kredyt, określającej wysokość oraz warunki spłaty kredytu, zawartej pisemnie lub za pomocą środków porozumiewania się na odległość;
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego; odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy wyłącznie zdarzeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej;
- 10) **pierwotny harmonogram spłat** - harmonogram spłat obowiązujący jako pierwszy w umowie o kredyt;
- 11) **rata** - rata kapitałowo-odsetkowa kredytu przypadająca do spłaty w terminie płatności określonym w harmonogramie spłat;

- 12) **saldo zadłużenia** - saldo zadłużenia na rachunku umowy o kredyt (kapitał pozostający do spłaty);
- 13) **status bezrobotnego** - uzyskiwany przez osobę fizyczną status, w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j.t. Dz.U. z 2015 r., poz. 149 z późn. zm.);
- 14) **stosunek pracy** - stosunek służbowy lub umowa o pracę;
- 15) **stosunek służbowy** - zatrudnienie na podstawie powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę uregulowane przepisami prawa polskiego;
- 16) **środki porozumiewania się na odległość** - środki umożliwiające komunikację bez jednoczesnej fizycznej obecności stron, w szczególności telefon, poczta elektroniczna, drukowany lub elektroniczny formularz zamówienia;
- 17) **Ubezpieczający/Alior Bank** - Alior Bank S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Łopuszańskiej 38D;
- 18) **ubezpieczenie/ochrona ubezpieczeniowa** - odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego polegająca na zobowiązaniu do zapłaty określonego w warunkach ubezpieczenia świadczenia w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 12 warunków ubezpieczenia;
- 19) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, numer KRS 0000024812 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-000-16-90, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 196.580.900 zł, wykonujące działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa;
- 20) **Ubezpieczony** - Klient Alior Banku/Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia;
- 21) **umowa o kredyt** - Umowa o kredyt na zakup towarów/usług zawierana przez Klienta Alior Banku/Kredytobiorcę z Alior Bankiem;
- 22) **umowa o pracę** - umowa o pracę w rozumieniu Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (j.t. Dz.U. z 2014 r., poz. 1502 ze zm.), do której zastosowanie mają przepisy prawa polskiego;
- 23) **umowa ubezpieczenia** - Umowa ubezpieczenia dla osób zawierających umowy o kredyt na zakup towarów/usług z Alior Bank S.A. Nr CAUG/005/15/BWZB, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 24) **Uprawniony** - Ubezpieczony lub inna osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako upoważniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 25) **utrata pracy** - zdarzenie polegające na:
 - a) utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych z Ubezpieczonym na czas nieokreślony lub określony, nie krótszy jednak niż okres spłaty kredytu, zgodnie z harmonogramem spłat, lub wygaśnięcia tego stosunku pracy na skutek śmierci pracodawcy, będącego osobą fizyczną, z zastrzeżeniem, że w dniu rozwiązania stosunku pracy Ubezpieczony winien być zatrudniony przez okres nie krótszy niż 6 miesięcy na podstawie stosunku pracy, który uległ rozwiązaniu,
 - b) niepozostawaniu w innym stosunku pracy przez okres co najmniej 31 dni liczonych od daty rozwiązania stosunku pracy, o którym mowa pod lit. a),
 - c) uzyskaniu, w wyniku utraty zatrudnienia w sposób określony pod lit. a) powyżej, przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego oraz uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, przy czym warunki określone pod lit. a)-b) powyżej muszą zostać spełnione łącznie, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia;
- 26) **wiek** - liczba ukończonych pełnych lat życia;
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - odpowiednio utrata pracy przez Ubezpieczonego albo czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego albo zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko wystąpienia następujących zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących Ubezpieczonego:

- 1) utraty pracy, albo
 - 2) czasowej niezdolności do pracy, albo
 - 3) zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 12 warunków ubezpieczenia.
2. Obejmowanie ochroną ubezpieczeniową w zakresie zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 powyżej, następuje na zasadach określonych w § 4-5 poniżej.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-8 poniżej oraz § 5, ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia objęty jest Klient Alior Banku, który złożył deklarację zgody i w dniu składania deklaracji zgody ma ukończony 18. rok życia i jednocześnie jego wiek powiększony o okres, na jaki udzielono mu kredytu nie przekracza 80 lat.
2. Klient Alior Banku, który w dniu składania deklaracji zgody ma ukończony 65. rok życia, obejmowany jest wyłącznie ubezpieczeniem na wypadek zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
3. Po złożeniu deklaracji zgody w sposób określony w § 2 pkt 4 lit. b) (tj. za pomocą środków porozumiewania się na odległość) Ubezpieczonemu przekazywane jest przez Ubezpieczającego potwierdzenie warunków ochrony ubezpieczeniowej.
4. Oprócz spełnienia wymogów wskazanych w ust. 1, ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy obejmowany jest Klient Alior Banku, który w dniu składania deklaracji zgody nie ma ukończonego 65. roku życia oraz jednocześnie jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony lub określony, nie krótszy niż okres spłaty kredytu, zgodnie z harmonogramem spłat, oraz nie pozostaje w okresie wypowiedzenia ww. stosunku pracy i nie nabył uprawnień do emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego.
5. Oprócz spełnienia wymogów wskazanych w ust. 1, ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy obejmowany jest Klient Alior Banku, który w dniu składania deklaracji zgody spełnia poniższe przesłanki:
 - 1) nie ma ukończonego 65. roku życia i nie posiada uprawnień do emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego, oraz
 - 2) prowadzi działalność gospodarczą (indywidualnie lub w formie spółki osobowej), lub
 - 3) jest zatrudniony na podstawie stosunku pracy zawartego na czas określony krótszy niż wskazany w ust. 4, lub
 - 4) wykonuje działalność zarobkową w innej formie (z wyłączeniem stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony), w szczególności osiąga dochody z tytułu umowy o dzieło, umowy zlecenia, umowy agencyjnej, kontraktu marynarskiego, lub
 - 5) pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku pracy.
6. Oprócz spełnienia wymogów wskazanych w ust. 1, ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku obejmowany jest Klient Alior Banku, który w dniu składania deklaracji zgody:
 - 1) ma ukończony 65. rok życia, lub
 - 2) nie uzyskuje przychodów ze źródeł wskazanych w ust. 4-5 powyżej, lub
 - 3) mimo spełniania kryteriów objęcia ubezpieczeniem na wypadek utraty pracy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego nie może uzyskać statusu bezrobotnego, lub
 - 4) posiada uprawnienia do emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego.
7. Z zastrzeżeniem ust. 8, Klient Alior Banku obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu wystąpienia jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 4-6.
8. W przypadku spełniania wymogów do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu wystąpienia utraty pracy oraz jednocześnie czasowej niezdolności do pracy, udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa z tytułu wystąpienia utraty pracy.

§ 5

1. Ubezpieczony, który w okresie trwania umowy o kredyt spełnił przesłanki do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy, wymienione w § 4 ust. 4 powyżej, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy,

- począwszy od dnia, w którym spełnił przesłanki wymienione w § 4 ust. 4 powyżej. Z dniem poprzedzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy ochrona ubezpieczeniowa z tytułu czasowej niezdolności do pracy albo zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku ustaje.
2. Ubezpieczony, który w okresie trwania umowy o kredyt spełnił przesłanki do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy, wymienione w § 4 ust. 5 powyżej, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy, począwszy od dnia, w którym spełnił przesłanki wymienione w § 4 ust. 5 powyżej. Z dniem poprzedzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy ochrona ubezpieczeniowa z tytułu utraty pracy albo zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku ustaje.
 3. Ubezpieczony, który w okresie trwania umowy o kredyt spełnił którąkolwiek z przesłanek do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wymienionych w § 4 ust. 6 powyżej, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, począwszy od dnia, w którym spełnił którąkolwiek z przesłanek wymienionych w § 4 ust. 6 powyżej. Z dniem poprzedzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku ochrona ubezpieczeniowa z tytułu czasowej niezdolności do pracy albo utraty pracy ustaje.

KARENcja

§ 6

1. W stosunku do świadczenia z tytułu utraty pracy oraz czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego stosuje się uwzględnianą przy wyliczeniu składki ubezpieczeniowej karencję przez okres równy połowie okresu, na jaki udzielono kredytu, jednak nie dłuższy niż 60 dni.
2. Okres karencji, o której mowa w ust. 1 powyżej, liczony jest od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonej w § 13 ust. 1.
3. W czasie trwania okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Ubezpieczeni, spełniający przesłanki do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy wskazane w § 4 ust. 4, objęci będą ochroną ubezpieczeniową z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.
4. W czasie trwania okresu karencji, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Ubezpieczeni, spełniający przesłanki do objęcia ochroną z tytułu czasowej niezdolności do pracy wskazane w § 4 ust. 5, objęci będą ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku, co zostało uwzględnione w kalkulacji składki ubezpieczeniowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 7

1. Wysokość jednorazowej składki ubezpieczeniowej, należnej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, w związku z daną umową o kredyt, uzależniona jest od stawki za ubezpieczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, całkowitej kwoty kredytu oraz liczby miesięcy, na które udzielono kredytu, określonych w umowie o kredyt w dniu jej zawarcia.
2. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej płatna jest przez Ubezpieczającego.
3. Zwrot składki ubezpieczeniowej przysługuje Ubezpieczającemu za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWE

§ 8

1. Suma ubezpieczenia na wypadek utraty pracy i czasowej niezdolności do pracy równa jest wysokości 10 rat, lecz wynosi nie więcej niż 15.000 zł (słownie: piętnaście tysięcy złotych). Suma ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, jest wyznaczona łącznie dla obu wymienionych w zdaniu poprzedzającym zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku równa jest 100% salda zadłużenia.
3. Każda z sum ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1-2 powyżej, w zakresie ryzyka, do którego się odnosi, stanowi górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu udzielanej w związku z daną umową o kredyt ochrony

ubezpieczeniowej, zarówno w odniesieniu do jednego jak i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, jakie wystąpią w trakcie trwania tej ochrony ubezpieczeniowej i świadczeń należnych z tytułu tych zdarzeń ubezpieczeniowych.

§ 9

1. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego wypłacane jest miesięcznie w wysokości odpowiadającej kwocie każdej kolejnej raty, której termin płatności przypada najwcześniej w dacie utraty pracy, z zastrzeżeniem ust. 2-5 poniżej.
2. Wysokość oraz terminy płatności świadczeń miesięcznych z tytułu utraty pracy określane są na podstawie harmonogramu spłat obowiązującego w dniu rozwiązania stosunku pracy, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszego ustępu. Maksymalna wysokość raty, która stanowi podstawę do wyliczenia wysokości świadczenia miesięcznego z tytułu utraty pracy wynosi 1500 zł (słownie: tysiąc pięćset złotych). W przypadku gdy rata jest wyższa niż kwota wskazana w zdaniu poprzedzającym, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie miesięczne w wysokości 1500 zł (słownie: tysiąc pięćset złotych).
3. W przypadku drugiej i każdej następnej utraty pracy, wypłata świadczenia miesięcznego przez Ubezpieczyciela następuje w terminach płatności rat, na zasadach określonych w ust. 1 i 2.
4. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu utraty pracy razem z łączną kwotą świadczeń wypłaconych z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, nie może przekroczyć kwoty równej 10 kolejnym ratom, w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, bez względu na liczbę zdarzeń ubezpieczeniowych w tym okresie.
5. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 1, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 2) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty z ubezpieczenia społecznego, uniemożliwiającej uzyskanie statusu bezrobotnego,
 - 3) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia lub dacie utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

§ 10

1. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wypłacane jest miesięcznie w wysokości odpowiadającej kwocie każdej kolejnej raty, której termin płatności przypada najwcześniej w dacie wystąpienia czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 2-7 poniżej.
2. Wysokość oraz terminy płatności świadczeń miesięcznych z tytułu czasowej niezdolności do pracy określane są na podstawie harmonogramu spłat obowiązującego w pierwszym dniu czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszego ustępu. Maksymalna wysokość raty, która stanowi podstawę do wyliczenia wysokości świadczenia miesięcznego z tytułu czasowej niezdolności do pracy wynosi 1500 zł (słownie: tysiąc pięćset złotych). W przypadku gdy rata jest wyższa niż kwota wskazana w zdaniu poprzedzającym, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie miesięczne w wysokości 1500 zł (słownie: tysiąc pięćset złotych).
3. Łączna kwota świadczeń z tytułu wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego razem z łączną kwotą świadczeń wypłaconych z tytułu utraty pracy na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, nie może przekroczyć kwoty równej 10 kolejnym ratom, w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, bez względu na liczbę zdarzeń ubezpieczeniowych w tym okresie.
4. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 1, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 2) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
5. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczeń, o których mowa w ust. 1, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności do pracy.
6. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe

wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 1, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 60 dni od pierwszego dnia nawrotu niezdolności do pracy.

7. Wysokość świadczeń oraz zasady ich wypłaty, określone w ust. 1-6 powyżej, zostały uwzględnione przy wyliczeniu składki ubezpieczeniowej.

§ 11

Świadczenie Ubezpieczyciela w przypadku wystąpienia zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku równe jest sumie ubezpieczenia wskazanej w § 8 ust. 2 powyżej, wynikającej z harmonogramu spłat obowiązującego w dniu zgonu Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż suma ubezpieczenia wynikająca z pierwotnego harmonogramu spłat. Suma ubezpieczenia, o której mowa w zdaniu poprzedzającym ustalana jest na dzień zgonu Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 12

1. W przypadku utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli:
 - 1) utrata pracy nastąpiła przed upływem 60 dni od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) w dniu rozwiązania stosunku pracy Ubezpieczony był zatrudniony przez okres krótszy niż 6 miesięcy na podstawie stosunku pracy, który uległ rozwiązaniu,
 - 3) utrata pracy nastąpiła w związku z wypowiedzeniem stosunku pracy przez Ubezpieczonego,
 - 4) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy za porozumieniem stron, z wyjątkiem sytuacji kiedy stosunek pracy został rozwiązany na mocy porozumienia stron na podstawie art. 30 § 1 pkt 1 Kodeksu pracy w związku z art. 1 ustawy z 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (j.t. Dz.U. z 2015 r., poz. 192),
 - 5) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy oraz innych przepisów prawa pracy,
 - 6) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy uregulowanego przepisami prawa innego niż prawo polskie.
2. W przypadku czasowej niezdolności do pracy oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy czasowa niezdolność do pracy lub nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną zgonu nastąpiły w wyniku normalnego następstwa:
 - 1) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa - jeżeli usiłowanie popełnienia samobójstwa nastąpiło w okresie do 24 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków (substancji) psychoaktywnych, za wyjątkiem sytuacji, gdy zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza, chyba że nie miało to wpływu na wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego i nie pozostaje z nim w jakimkolwiek związku przyczynowym; przez stan po użyciu alkoholu rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³; przez stan nietrzeźwości rozumie się stan powstały w wyniku wprowadzenia do organizmu Ubezpieczonego takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 3) wojny (w tym wojny domowej) i działań wojennych, uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu;
 - 4) eksplozji atomowej oraz napromieniowania Ubezpieczonego (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową Ubezpieczonego);
 - 5) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego lub nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego (nie dotyczy przypadków udzielania pierwszej

- pomocy przedmedycznej w nagłych wypadkach, tj. gdy czynności o charakterze medycznym wykonywane zostały poza kontrolą lekarską lub uprawnionych osób w celu ratowania życia lub zdrowia bezpośrednio w związku z nieszczęśliwym wypadkiem będącym, przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego lub wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego);
- 6) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego w sytuacji kiedy Ubezpieczony nie posiadał wymaganych do tego uprawnień (prawo jazdy); odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego i nie pozostaje z nim w jakimkolwiek związku przyczynowym;
 - 7) udziału Ubezpieczonego w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka oraz w przygotowaniach do nich, przy czym za zajęcia rekreacyjne lub sportowe o wysokim stopniu ryzyka uważa się: spadochroniarstwo, wspinaczkę górską w górach wysokich powyżej 1500 m n.p.m. (z wyjątkiem wspinaczki skalnej oraz zorganizowanego pobytu w górach wysokich powyżej 1500 m n.p.m. pod kierunkiem przewodnika turystycznego posiadającego uprawnienia przewodnika górskiego dla określonego obszaru górskiego w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o usługach turystycznych (j. t. Dz. U. z 2014 r., poz. 196 ze zm.) lub pobytu organizowanego przez przedsiębiorcę wykonującego działalność gospodarczą w zakresie organizowania imprez turystycznych wpisanego do rejestru organizatorów turystyki i pośredników turystycznych z wykorzystaniem atestowanego sprzętu wspinaczkowego, przy zachowaniu powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa), speleologię, żeglarstwo morskie, rafting, nurkowanie (z wyjątkiem nurkowania do głębokości 25 metrów przy zachowaniu zasad dobrego nurkowania oraz powszechnie obowiązujących zasad bezpieczeństwa oraz szczególnych zasad bezpieczeństwa obowiązujących w nurkowaniu oraz przy posiadaniu uprawnień nurkowych wydawanych przez organizacje nurkowe i przy wykorzystaniu atestowanego sprzętu), jak również kaskaderstwo, parkour, sporty lotnicze; zajęciem rekreacyjnym lub sportowym o wysokim stopniu ryzyka nie jest m. in. rekreacyjne uprawianie windsurfingu, jazda na rowerze, gra w piłkę nożną, siatkówka lub koszykówka, żeglarstwo śródlądowe, pływanie rekreacyjne, narciarstwo i snowboard;
 - 8) uczestnictwa Ubezpieczonego (w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera) w ruchu powietrznym samolotu wojskowego lub prywatnego, nieposiadającego licencji na przewóz pasażerów;
 - 9) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego na jego prośbę.
3. W odniesieniu do świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy nastąpiła w wyniku normalnego następstwa chorób: nowotworu złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, zawału serca, każdej kardiomiopatii, każdej wady serca, każdego tętniaka, udaru mózgu, każdej choroby krwi, cukrzycy, przewlekłego zapalenia wątroby, marskości wątroby, przewlekłego zapalenia trzustki, wrzodziejącego zapalenie jelita grubego, choroby Crohna, niewydolności nerek, astmy oskrzelowej, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, stanu padaczkowego, stwardnienia rozsianego, reumatoidalnego zapalenia stawów, dyskopatii, choroby Parkinsona, choroby Alzheimera, zakażenia wirusem HIV, choroby AIDS, zaburzenia psychicznego, każdej choroby genetycznej lub choroby zawodowej zdiagnozowanych w okresie 3 lat przed złożeniem deklaracji zgody lub zdiagnozowanych (bez ograniczeń czasowych) przed złożeniem deklaracji zgody i jednocześnie leczonych w okresie 3 lat przed jej złożeniem.
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku normalnego następstwa:
- 1) choroby, w tym występującej nagle, tj. zawału serca, udaru mózgu, krwotoku śródmózgowego,
 - 2) czynników chorobotwórczych pochodzenia bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego (zakażenia) oraz pasożytniczego (zarażenia, choroby inwazyjne - pasożytnicze), z tym że odpowiedzialność Ubezpieczyciela istnieje, jeżeli zakażenie Ubezpieczonego mikroorganizmem chorobotwórczym nastąpiło w wyniku ran odniesionych wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną zgonu.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Z zastrzeżeniem § 6, ochrona ubezpieczeniowa, a tym samym odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem uruchomienia kredytu, tj. wypłaty środków zgodnie z dyspozycją Kredytobiorcy, jednak nie wcześniej niż z dniem następującym po dniu złożenia deklaracji zgody.
2. Odstąpienie przez Ubezpieczonego od umowy o kredyt jest skuteczne także wobec obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zostaje zwrócona Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
3. Niezależnie od postanowień ust. 2, Ubezpieczonemu, który złożył deklarację zgody za pomocą środków porozumiewania się na odległość, przysługuje prawo odstąpienia od ubezpieczenia (bez podania przyczyn) w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia potwierdzenia warunków ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w § 4 ust. 3. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym, uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zostaje zwrócona Ubezpieczającemu w pełnej wysokości.
4. Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w formie pisemnej bez podania przyczyn.

§ 14

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego kończy się:

- 1) z tytułu ubezpieczenia na wypadek utraty pracy lub czasowej niezdolności do pracy, w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych pod lit. a) - b) poniżej, wystąpi jako pierwsze:
 - a) z dniem wydania przez lekarza orzecznika orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
 - b) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
- 2) z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia,
- 3) z dniem, w którym doręczono Ubezpieczycielowi lub Ubezpieczającemu oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia, w tym również w sytuacji opisanej w § 13 ust. 2-3 powyżej,
- 4) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
- 5) z dniem wymagalności ostatniej raty określonej w pierwotnym harmonogramie spłat,
- 6) z dniem wypowiedzenia umowy o kredyt przez Ubezpieczającego,
- 7) z dniem rozwiązania umowy o kredyt (m. in. na skutek całkowitej spłaty kredytu) przed datą wymagalności ostatniej raty określonej w pierwotnym harmonogramie spłat.

ROZPATRYWANIE ROSZCZENIA

§ 15

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczyciela o czasowej niezdolności do pracy albo utracie pracy, w zależności od ryzyka objętego ochroną ubezpieczeniową w stosunku do Ubezpieczonego.
2. Wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego można zgłaszać pod numerem infolinii: 58 555 62 90.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia na wypadek utraty pracy w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:
 - 1) każdorazowo po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - b) zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku,
 - c) ostatnia umowa o pracę,
 - d) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia,
 - e) kopia umowy o kredyt wraz z deklaracją zgody i harmonogramem spłat obowiązującym na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,

- 2) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego: dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności raty.
4. W przypadku zgłoszenia roszczenia z ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:
 - 1) każdorazowo po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy:
 - a) stosowne zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu - historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - b) zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony w dniu rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy,
 - c) kopia umowy o kredyt wraz z deklaracją zgody i harmonogramem spłat obowiązującym na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego: dowody wypłat zasiłku chorobowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
5. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:
 - 1) dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną zgonu,
 - 2) kopia umowy o kredyt wraz z deklaracją zgody i harmonogramem spłat obowiązującym na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel wymagać może innych dokumentów niż wskazane w ust. 2-4, potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.
7. O potrzebie przedstawienia dokumentów, o których mowa w ust. 2-5 powyżej, Ubezpieczyciel informuje osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.
8. Ubezpieczony w przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy powinien bez nieuzasadnionej zwłoki poddać się leczeniu i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza.
9. Ubezpieczony, na prośbę i na koszt Ubezpieczyciela, powinien poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie w związku z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 16

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu. W terminie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym Ubezpieczyciel rozpoczyna również wypłatę świadczeń miesięcznych, o których mowa w § 9 ust. 1 i § 10 ust. 1.
2. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 1 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie określonym w ust. 1.
3. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym osobę występującą z roszczeniem na piśmie w terminie określonym odpowiednio w ust. 1 albo w ust. 2, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty.
4. Wypłata świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.
5. Świadczenie należne uprawnionemu z umowy ubezpieczenia uważa się za wypłacone w dacie uznania rachunku uprawnionego z umowy ubezpieczenia pełną należną kwotą świadczenia.

§ 17

Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wypłacane są Uprawnionemu.

REKLAMACJE

§ 18

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja), wykorzystując następujące kanały kontaktu:
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl/kontakt,
 - 2) telefonicznie - poprzez infolinię Ubezpieczyciela pod numerem: 58 555 62 90,
 - 3) pisemnie - na adres siedziby Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
 - 4) ustnie lub pisemnie - podczas wizyty w jednostce Sopockiego Towarzystwa Ubezpieczeń ERGO Hestia S.A., lub też zastrzeżenia mogą być zgłaszane do Ubezpieczającego, tj. Alior Bank S.A., ul. Postępu 18B, 02-676 Warszawa.
2. Reklamacje rozpatrywane są przez jednostkę organizacyjną powołaną w tym celu przez Zarząd Ubezpieczyciela.
3. Odpowiedź na reklamację zostanie wysłana w ciągu 30 dni od dnia jej otrzymania.
4. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona:
 - 1) na piśmie,
 - 2) za pomocą innego trwałego nośnika informacji,
 - 3) pocztą elektroniczną - na wniosek osoby zgłaszającej.
5. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

1. Wszelkie rozliczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych, dokonywane są w złotych polskich.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Rzeczypospolitej Polskiej lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 20

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

§ 21

Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.

§ 22

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

4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 23

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

§ 24

Niniejsze warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 10 stycznia 2017 roku i mają zastosowanie do osób zawierających umowy o kredyt od tego dnia.