



Warunki Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku Pekao S.A. Wariant „Życie”

KOD: PGLW1-PEKAO 01/16

Informacja dotycząca zapisów Warunków Ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej
1) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 ust. 3; pkt 3, 4, pkt 6, 7, 10, 17, 18; § 2 ust. 2; § 3 ust. 1-6, 10, 11,
2) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 ust. 3 pkt 13, 14; § 2 ust. 5; § 3 ust. 7-10, 12; § 5 ust. 2; § 10

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych „Warunków ubezpieczenia na życie dla pożyczkobiorców Banku Pekao S.A. Wariant „Życie” (kod: PGLW1-PEKAO 01/16)”, zwanych dalej „Warunkami Ubezpieczenia” lub „WU”, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, zawiera, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, Umowy Ubezpieczenia z Pożyczkobiorcami Banku Pekao S.A.

2. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia regulują zasady, zakres i warunki udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, dotyczące czasu trwania tej ochrony (jej początek i zakończenie, w tym odstąpienie i rezygnację z Ubezpieczenia), zasady ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej, wysokość Świadczeń z Umowy Ubezpieczenia oraz zasady wypłaty tych Świadczeń, ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powinności i obowiązki Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, zasady składania i rozpatrywania reklamacji.

Ważne jest dokładne zapoznanie się z pełną treścią niniejszych WU przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia i zwrócenie szczególnej uwagi na ww. regulacje.

Ważne jest również zwrócenie uwagi na treść wszystkich definicji opisanych w ust. 3, gdyż opisy pojęć tam występujących mają szczególne znaczenie dla zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej i mogą odbiegać od potocznego ich znaczenia. Definiowane pojęcia zostały zamieszczone w porządku alfabetycznym i zapisane wielką literą.

3. Użyte w niniejszych WU określenia oznaczają:

- 1) **Bank** - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, adres: 00-950 Warszawa, ul. Grzybowska 53/57; Bank jest agentem ubezpieczeniowym Ubezpieczyciela;
- 2) **Beneficjent** - osoba lub podmiot wskazane przez Ubezpieczonego, którym wypłacane jest Świadczenie w razie zgonu Ubezpieczonego;
- 3) **Dzień Wystąpienia Inwalidztwa** - data:
 - a) zajścia Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - w przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu,
 - b) wydania przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenia określającego stan zdrowia Ubezpieczonego jako Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy lub data powstania Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy (w przypadku gdy zgodnie z orzeczeniem Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy powstała przed datą wydania orzeczenia) - w przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy;
- 4) **Inwalidztwo** - zdarzenie polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu (zdefiniowanego w pkt 18 poniżej) lub Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy (zdefiniowanej w pkt 17 poniżej), za wyjątkiem przypadków wskazanych w wyłączeniach odpowiedzialności Ubezpieczyciela, o których mowa w § 10 niniejszych WU; uznaje się, że zdarzenie to wystąpiło w Okresie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - a) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wystąpił w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia,
 - b) w przypadku Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy - Dzień Wystąpienia Inwalidztwa, określony w pkt 3 lit. b), przypadał w Okresie Ubezpieczenia;
- 5) **Kwota Pożyczki** - kwota udzielonej Pożyczki wskazana w umowie Pożyczki; Kwota Pożyczki w rozumieniu niniejszych WU nie uwzględnia jakichkolwiek aneksów do umowy Pożyczki, zmieniających wysokość udzielonej Pożyczki;
- 6) **Nieszczęśliwy Wypadek** - zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- 7) **Niezdolny do Pracy** - rencista lub inna osoba niezdolna do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym; za Niezdolnego do Pracy nie uznaje się osoby przebywającej na zwolnieniu lekarskim w formie zaświadczenia wystawionego na druku ZUS-ZLA lub innej;
- 8) **Okres Ubezpieczenia** - okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej określony w polisie; Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność wyłącznie z tytułu Zdarzeń Ubezpieczeniowych, które wystąpiły w Okresie Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 2 ust. 5 poniżej;
- 9) **Pierwotny Harmonogram Spłat** - dokument generowany przez Bank i przekazywany Pożyczkobiorcy w dniu zawarcia umowy Pożyczki, określający prognozowane terminy płatności wszystkich rat przewidzianych umową Pożyczki, wysokości tych rat i poziom zadłużenia Pożyczkobiorcy w ramach umowy Pożyczki po spłacie każdej z rat;
- 10) **Pobył w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku/Pobył Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** - pobył Ubezpieczonego w Szpitalu (rozumianym zgodnie z definicją zawartą w pkt 15 poniżej) w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, trwający nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 7 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze Szpitala; Pobył w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku musi rozpocząć się i trwać w Okresie Ubezpieczenia; uznaje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe wystąpiło w Okresie Ubezpieczenia, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Pobytu w Szpitalu zaistniał w Okresie Ubezpieczenia;
- 11) **Pożyczka** - pożyczka udzielona Ubezpieczonemu przez Bank na podstawie umowy pożyczki;
- 12) **Pożyczkobiorca** - osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem umowę Pożyczki; przez Pożyczkobiorcę rozumie się także współpożyczkobiorcę;

13) **Saldo Zadłużenia** - kwota równa:

a) kapitałowi Pożyczki pozostającemu do spłaty w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego i odsetkom od tak ustalonej wysokości kapitału, według przewidzianego umową Pożyczki oprocentowania, liczonym od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego do dnia wypłaty Świadczenia, jednak nie dłuższy niż 60 dni,

b) w przypadku dokonania przedterminowej całkowitej spłaty Pożyczki, Kwocie Pożyczki dzielonej przez liczbę rat Pożyczki określoną w Pierwotnym Harmonogramie Spłat, pomnożonej przez liczbę pełnych miesięcy pozostających do dnia zakończenia Okresu Ubezpieczenia określonego w polisie, licząc od dnia wystąpienia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;

14) **Suma Ubezpieczenia** - kwota odpowiadająca Saldu Zadłużenia, stanowiąca jednocześnie, w przypadku Świadczenia z tytułu zgonu i Inwalidztwa, podstawę ustalenia wysokości Świadczenia; Suma Ubezpieczenia obowiązuje dla danej Umowy Ubezpieczenia, a nie dla poszczególnych Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy Ubezpieczenia; Suma Ubezpieczenia nie dzieli się również pomiędzy poszczególnych Ubezpieczonych;

15) **Szpital** - placówka zamkniętej opieki zdrowotnej mieszcząca się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, której zadaniem jest udzielanie całodobowej usługi w zakresie ochrony zdrowia z zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w stałych pomieszczeniach odpowiednio do tego przystosowanych, zatrudniająca wykwalifikowany personel medyczny; w rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczenia Szpitalem nie jest: dom opieki, dom pomocy społecznej, ośrodek dla psychicznie chorych, domowa opieka pielęgniarstwa, hospicjum onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodek rekonwalescencyjny, uzdrowiskowy, sanatoryjny ani ośrodek wypoczynkowy; za Szpital nie uważa się również: szpitala rehabilitacyjnego, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów dziennego pobytu, jak również ośrodków rehabilitacji oraz zakładów opieki zdrowotnej, których podstawowym celem jest prowadzenie leczenia uzdrowiskowego lub rehabilitacyjnego;

16) **Świadczenie** - suma pieniężna wypłacana Uprawnionemu lub Beneficjentowi w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych WU;

17) **Trwała i Całkowita Niezdolność do Pracy** - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony stosownym orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych; przyczyna Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy musi zaistnieć w Okresie Ubezpieczenia;

18) **Trwały Uszczerbek na Zdrowiu** - powstała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku:

a) całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),

b) całkowita fizyczna utrata kciuka, palca wskazującego, innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,

c) całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu;

Trwały Uszczerbek na Zdrowiu stwierdza się na podstawie dokumentacji lekarskiej;

19) **Ubezpieczający** - Pożyczkobiorca, który zawiera Umowę Ubezpieczenia z Ubezpieczycielem; Ubezpieczający zawsze jest jednocześnie Ubezpieczonym;

20) **Ubezpieczenie** - ochrona ubezpieczeniowa udzielona przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych WU, w razie zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych w nich przewidzianych;

21) **Ubezpieczony** - Pożyczkobiorca, którego życie i zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia; w przypadku, gdy stroną umowy Pożyczki jest więcej niż jeden Pożyczkobiorca, Ubezpieczeniem może być objętych co najwyżej dwóch z Pożyczkobiorców, tj. tych, którzy zostali wskazani w treści polisy;

22) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1;

23) **Umowa Ubezpieczenia** - umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie niniejszych WU; Umowa Ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych WU, co znajdzie potwierdzenie w polisie ubezpieczeniowej, potwierdzającej zawarcie Umowy Ubezpieczenia;

24) **Uprawniony** - Ubezpieczony lub inna osoba upoważniona do otrzymania Świadczenia w przypadku wystąpienia Zdarzeń Ubezpieczeniowych innych niż zgon Ubezpieczonego;

25) **Zawiadomienie o Spłacie** - zawiadomienie o wysokości raty spłaty Pożyczki, sporządzane przez Bank w przypadku:

a) pierwszej raty kapitałowo-odsetkowej - wysokość raty określona w zawiadomieniu jest jednocześnie wysokością wszystkich kolejnych rat, za wyjątkiem ostatniej raty,

b) ostatniej raty kapitałowo-odsetkowej (raty wyrównującej),

c) zmiany wysokości raty kapitałowo-odsetkowej;

26) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** - wystąpienie zgonu, Inwalidztwa lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

WARUNKI OBJĘCIA POŻYCZKOBIORCÓW OKREŚLONYM ZAKRESEM UBEZPIECZENIA. ROZPOCZĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 2

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.

2. **Zakres Ubezpieczenia** obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego:

- 1) zgonu, zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 2) Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 3) Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy - w przypadku Ubezpieczonego zdolnego do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej oraz jednocześnie nieposiadającego prawa do emerytury,
 - 4) Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu - w przypadku Ubezpieczonego Niezdolnego do Pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej lub posiadającego prawo do emerytury.
3. Okres Ubezpieczenia wskazany jest w polisie.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu następującym po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej, co zostało uwzględnione w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego z tytułu zgonu lub Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy, jeżeli zdarzenia te nastąpiły z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek, rozpoczyna się 30. dnia po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli zgon lub Inwalidztwo polegające na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy zaistniały na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się w dacie wskazanej w ust. 4 powyżej.
6. Nieuruchomienie Pożyczki (brak wypłaty środków określonych w umowie Pożyczki) lub odstąpienie od umowy Pożyczki jest równoznaczne z odstąpieniem przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu w pełnej wysokości, o ile składka ubezpieczeniowa została przez niego opłacona.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 3

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia obliczonej na dzień zgonu Ubezpieczonego.
2. Jeżeli zgon Ubezpieczonego był spowodowany Nieszczęśliwym Wypadkiem, Ubezpieczyciel wypłaca dodatkowo (oprócz Świadczenia wskazanego w ust. 1 powyżej) Świadczenie w wysokości 50% Kwoty Pożyczki, nie więcej jednak niż 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych). Świadczenie z tytułu zgonu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, zostanie wypłacone, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił przed upływem 180 dni od daty tego Nieszczęśliwego Wypadku.
3. W przypadku Ubezpieczonych, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 3 (Ubezpieczony zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej oraz jednocześnie nieposiadający prawa do emerytury), Świadczenie z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy równe jest Sumie Ubezpieczenia obliczonej na dzień wystąpienia Inwalidztwa (zdefiniowany w § 1 ust. 3 pkt 3).
4. W przypadku Ubezpieczonych, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 4 (tj. innych, niż opisani powyżej w ust. 3 powyżej), Świadczenie z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu świadczenie równe jest wskazanemu w ust. 5 procentowi Sumy Ubezpieczenia obliczonej na Dzień Wystąpienia Inwalidztwa (zdefiniowany w § 1 ust. 3 pkt 3).
5. Procent Sumy Ubezpieczenia odpowiada procentowi Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu przypisanemu poniżej do danego zdarzenia:

1)	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
a)	kończyną górną - w stawie barkowym	70%
b)	kończyną górną - powyżej stawu łokciowego	65%
c)	kończyną górną - poniżej stawu łokciowego	60%
d)	kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
e)	kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
f)	kończyną dolną - poniżej środkowej części uda	60%
g)	kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego	50%

f)	kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i)	kończyną dolną - stopą	40%
j)	kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%
2)	Całkowita fizyczna utrata	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
a)	kciuka	15%
b)	palca wskazującego	10%
c)	innego palca u ręki	5%
d)	palucha	5%
e)	innego palca u stopy	2%
3)	Całkowita utrata	% trwałego uszczerbku na zdrowiu
a)	wzroku w obu oczach	100%
b)	wzroku w jednym oku	50%
c)	słuchu w obu uszach	60%
d)	słuchu w jednym uchu	30%
e)	węchu	10%

6. Świadczenie z tytułu Inwalidztwa Ubezpieczonego polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostanie wypłacone, jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu nastąpił przed upływem 180 dni od daty tego Nieszczęśliwego Wypadku. Jeżeli Trwały Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego, będący następstwem jednego lub kilku Nieszczęśliwych Wypadków, zaistniał w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie równe kwocie wyliczonej w oparciu o sumę wskazań procentowych zgodnie z ust. 5, z zastrzeżeniem ust. 7-9.

7. Suma wskazań procentowych określonych w ust. 5, będących podstawą do wypłacenia Ubezpieczonemu Świadczeń z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w całym Okresie Ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100%.

8. W przypadku wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości nie wyższej niż wskazany w ust. 5 najwyższy procent Sumy Ubezpieczenia dotyczący tego narządu.

9. Jeśli roszczenie z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone Świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 5 procent Sumy Ubezpieczenia, pomniejszony o procent Świadczenia wcześniej wypłaconego, dotyczącego tego narządu.

10. W przypadku Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie za każdy dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w wysokości 0,15% Kwoty Pożyczki. Ubezpieczyciel nie wypłaca Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku za dni, w trakcie których, z powodu udzielenia przepustki, nastąpiła przerwa w Pobycie w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Dzień, w którym rozpoczyna się Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, bez względu na godzinę przyjęcia do Szpitala w tym dniu, stanowi pierwszy dzień tego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

11. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku rozpoczął się przed upływem 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyną Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

12. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku maksymalnie za 90 dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA. WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o ubezpieczenie, który stanowi integralną część Umowy Ubezpieczenia potwierdzonej polisą. Zarówno polisa, jak i wniosek o zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia podpisywane są przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym.

2. Ubezpieczeniem może zostać objęty Pożyczkobiorca, który w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia spełnia wszystkie warunki określone poniżej:

1) udzielono mu Pożyczki (na podstawie umowy Pożyczki zawartej w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia) w wysokości nieprzekraczającej 150 000 zł (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych),

2) jego wiek, wraz z okresem, na który Pożyczka została udzielona, nie przekracza 75 lat,

3) udzielono mu Pożyczki na okres nie dłuższy niż 84 miesiące,

4) ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

3. W przypadku Pożyczkobiorców:

1) których wiek, w dacie zawarcia umowy Pożyczki, powiększony o okres, na który Pożyczka została udzielona, przekracza limit 75 lat lub

2) którym udzielono Pożyczki w kwocie wyższej niż 150 000 zł (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) lub

3) którym udzielono Pożyczki w kwocie nieprzekraczającej 150 000 zł, lecz kwota tej Pożyczki wraz z łączną kwotą innych udzielonych przez Bank Pożyczek (w związku z którymi udzielana jest Pożyczkobiorcy przez Ubezpieczyciela ochrona ubezpieczeniowa) przekracza 150 000 zł,

Ubezpieczyciel, dla dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego, może żądać wypełnienia przez Pożyczkobiorcę kwestionariusza medycznego lub przeprowadzenia badania lekarskiego (na koszt Ubezpieczyciela) lub przedłożenia innej dokumentacji medycznej będącej w posiadaniu Pożyczkobiorcy w zakresie niezbędnym do oszacowania tego ryzyka.

4. Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego (zgodnie z postanowieniami ust. 3 powyżej) Ubezpieczyciel podejmuje decyzję o objęciu Pożyczkobiorcy Ubezpieczeniem albo o odmowie objęcia Ubezpieczeniem. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego dokonywana jest po złożeniu wniosku o ubezpieczenie przez Pożyczkobiorcę, na podstawie zawartych w tym wniosku informacji i oświadczeń Pożyczkobiorcy oraz w oparciu o uzyskaną dokumentację medyczną (w szczególności wyniki badania lekarskiego, o którym mowa w ust. 3 powyżej).

5. Jeżeli Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

6. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w formie pisemnej w każdym czasie.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA DWÓCH POŻYCZKOBIORCÓW

§ 5

1. Niezależnie od liczby Pożyczkobiorców, z którymi Bank zawarł określoną umowę Pożyczki, co najwyżej dwóch z nich może być objętych Ubezpieczeniem na podstawie niniejszych WU i w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia. **W przypadku objęcia ubezpieczeniem dwóch Pożyczkobiorców (zwanych również dalej „Pożyczkobiorcami z tej samej Pożyczki”) jeden z nich jest Ubezpieczającym i jednocześnie Ubezpieczonym, a drugi wyłącznie Ubezpieczonym w ramach Umowy Ubezpieczenia. Dla objęcia ochroną ubezpieczeniową Pożyczkobiorcy, który nie jest Ubezpieczającym, wymagana jest pisemna zgoda tego Pożyczkobiorcy (składana na wniosku o ubezpieczenie i/lub polisie).**

2. W przypadku Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki mają zastosowanie następujące zasady:

1) wypłata Świadczenia w wysokości Sumy Ubezpieczenia z tytułu zgonu lub Inwalidztwa z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego dotyczącego jednego z Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec drugiego Pożyczkobiorcy z tej samej Pożyczki; w tej sytuacji zwrot części składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej nie przysługuje z uwagi na całkowite wykorzystanie Sumy Ubezpieczenia;

2) limit 90 dni dla Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu (o którym mowa w § 3 ust. 12) obowiązuje łącznie dla obu Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki;

3) zgon jednego z Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki (w przypadku kiedy nie wypłacono Świadczenia z tytułu zgonu wskutek braku uznania roszczenia przez Ubezpieczyciela) nie skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Ubezpieczenia; w przypadku zgonu Pożyczkobiorcy będącego Ubezpieczającym, Pożyczkobiorca będący do tej pory wyłącznie Ubezpieczonym przejmuje obowiązki Ubezpieczającego wynikające z Umowy Ubezpieczenia oraz przysługują mu pozostałe uprawnienia z tej Umowy Ubezpieczenia, za wyjątkiem uprawnień do Świadczeń z tytułu Zdarzeń Ubezpieczeniowych dotyczących zmarłego Ubezpieczającego;

- 4) jednoczesne wystąpienie danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego u obu Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki skutkuje wypłatą połowy odpowiedniego Świadczenia w stosunku do każdego z Ubezpieczonych (o ile Ubezpieczyciel uzna roszczenie).
3. Wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem tej Umowy Ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec obu Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki.
4. Rezygnacja z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym jest równoznaczna z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia, a tym samym zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej wobec obu Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki. Ubezpieczony może zrezygnować z Ubezpieczenia w formie pisemnej w każdym czasie.
5. W sytuacjach nieuregulowanych w ust. 2-4 w odniesieniu do Pożyczkobiorców z tej samej Pożyczki zastosowanie mają pozostałe postanowienia niniejszych WU.

ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w stosunku do Ubezpieczonego:

- 1) z ostatnim dniem Okresu Ubezpieczenia wskazanym w polisie,
- 2) z chwilą zgonu Ubezpieczonego,
- 3) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
- 4) w odniesieniu do Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy - z dniem, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
- 5) z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Inwalidztwa polegającego wystąpieniu u Ubezpieczonego Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu ustalonego na poziomie 100% - zgodnie z § 3 ust. 7,
- 6) w odniesieniu do ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu - z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu za okres 90 dni (nie skutkuje to zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w pozostałym zakresie),
- 7) z dniem, w którym Bank dokonał rozwiązania umowy Pożyczki,
- 8) z dniem, w którym doręczono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia lub pisemne oświadczenie Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczającym o rezygnacji z Ubezpieczenia, które zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 4 niniejszych WU jest równoznaczne z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia.

2. W przypadku zakończenia ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z zapisami w ust. 1 pkt 7-8, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu składkę ubezpieczeniową za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki ubezpieczeniowej dokonywany jest za pośrednictwem Banku jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela.

3. Jeżeli Bank odracza Ubezpieczonemu termin spłaty Pożyczki (prolongata/karencja w spłacie Pożyczki), Okres Ubezpieczenia może zostać wydłużony, na wniosek Ubezpieczającego, do dnia spłaty ostatniej raty Pożyczki wynikającej z aneksu do umowy Pożyczki dotyczącego prolongaty/karencji w spłacie Pożyczki, z zastrzeżeniem, że Okres Ubezpieczenia wskazany w polisie nie może zostać przedłużony o więcej niż 6 miesięcy. Przedłużenie Okresu Ubezpieczenia odbywa się co najwyżej jeden raz w Okresie Ubezpieczenia, na podstawie aneksu do Umowy Ubezpieczenia.

4. Po dokonaniu przedterminowej całkowitej spłaty Pożyczki ochrona ubezpieczeniowa trwa do dnia zakończenia Okresu Ubezpieczenia określonego w polisie, chyba że Ubezpieczający wypowiedział Umowę Ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 7

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Ubezpieczenia, należna za cały Okres Ubezpieczenia, stanowi (niezależnie od liczby Ubezpieczonych) iloczyn: stawki za Ubezpieczenie, kwoty wypłaconej Pożyczkobiorcy Pożyczki powiększonej o koszty opłat i prowizji bankowych (jeżeli były kredytowane) oraz liczby rat przewidzianych w Pierwotnym Harmonogramie Spłat.

2. Wysokość składki ubezpieczeniowej została skalkulowana w ten sposób, że uwzględnia ewentualne zakończenie ochrony ubezpieczeniowej we wszystkich sytuacjach określonych w WU.

3. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej opłacana jest przez Ubezpieczającego jednorazowo, z góry za cały Okres Ubezpieczenia.

4. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest nie później niż w dacie zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą z dniem jej przekazania Bankowi jako agentowi ubezpieczeniowemu Ubezpieczyciela.

5. W przypadku rozwiązania Umowy Ubezpieczenia przed datą końca Okresu Ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Całkowite wykorzystanie Sumy Ubezpieczenia jest równoznaczne z wykorzystaniem okresu ochrony ubezpieczeniowej.

UPRAWNIENIE DO ŚWIADCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 8

1. Świadczenia z tytułu zajścia Zdarzeń Ubezpieczeniowych wypłacane są Beneficjentowi lub Uprawnionemu.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób przez niego wskazanych Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie przysługuje lub wszystkie te osoby zmarły przed zgonem Ubezpieczonego lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, Świadczenie przysługuje następującym osobom w kolejności:
 - 1) małżonkowi - w całości,
 - 2) dzieciom - w równych częściach w przypadku braku małżonka,
 - 3) rodzicom - w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci,
 - 4) ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego, innym niż wskazani w pkt 1-3 powyżej - w równych częściach.
3. **Powiadomienie Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonego, Beneficjenta lub inną osobę uprawnioną do Świadczenia o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego powinno nastąpić niezwłocznie po dacie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub powzięcia wiadomości o zajściu Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Wystąpienie Zdarzenia Ubezpieczeniowego można zgłaszać telefonicznie pod numerem Infolinii: 58 559 40 40 lub 801 112 075.**
4. **Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazałoby się niemożliwe, Świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.**
5. **Do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:**
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) wypełniony i podpisany Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - d) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku - w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku,
 - e) kopia umowy Pożyczki,
 - f) potwierdzona przez Bank informacja o Saldzie Zadłużenia w dniu zgonu,
 - 2) w przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy:
 - a) wypełniony i podpisany Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako Trwałą i Całkowitą Niezdolność do Pracy,
 - c) kopia umowy Pożyczki,
 - d) potwierdzona przez Bank informacja o Saldzie Zadłużenia w dniu wystąpienia lub orzeczenia o Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy,
 - 3) w przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu:
 - a) wypełniony i podpisany Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego,
 - c) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku,
 - d) kopia umowy Pożyczki,
 - e) potwierdzona przez Bank informacja o Saldzie Zadłużenia w dniu wystąpienia Nieszczęśliwego Wypadku,
 - 4) w przypadku Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku:
 - a) wypełniony i podpisany Wniosek o wypłatę świadczenia,
 - b) dokumentacja dotycząca Nieszczęśliwego Wypadku,
 - c) kopia umowy Pożyczki,
 - d) dokumentacja medyczna dotycząca Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, w tym karta wypisu ze Szpitala.
6. **W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel wymagać może innych dokumentów, niż wskazane w ust. 5, potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia (np. dodatkowej dokumentacji medycznej).**
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 5-6, z wyłączeniem Wniosku o wypłatę świadczenia, mogą być dostarczane jako kopie. Ubezpieczyciel może zażądać oryginałów tych dokumentów do wglądu.
8. O dokumentach potrzebnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, o których mowa w ust. 5-6 powyżej, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym informuje osobę zgłaszającą roszczenie pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę.
9. **Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli to nie on zgłosił roszczenie na piśmie w terminie, o którym mowa w ust. 4 wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.**
10. Świadczenie podlega przepisom art. 21 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U.2012.361 j.t.).

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

§ 9

1. W związku z wystąpieniem Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zwłoki i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza. W razie potrzeby, 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 dla potrzeb związanych z realizacją Umowy Ubezpieczenia.

2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego (w przypadkach i na zasadach określonych w § 4 ust. 3-4) lub przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 10

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpiło w wyniku normalnego następstwa chorób wymienionych poniżej w pkt 1) i 2) :

1) dla Zdarzenia Ubezpieczeniowego zgon: nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, łagodny nowotwór kanału kręgowego, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, każda kardiomiopatia, każda wada serca, każdy tętniak, udar mózgu, każda choroba krwi, cukrzyca, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, niewydolność nerek, przewlekła obturacyjna choroba płuc, stan padaczkowy, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, zakażenie wirusem HIV, choroba AIDS, zaburzenie psychiczne (zaburzenie psychiczne z udokumentowaną próbą samobójczą, schizofrenia, psychoza, zaburzenie psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych, w tym alkoholu) lub każda choroba genetyczna,

2) dla Zdarzenia Ubezpieczeniowego Inwalidztwo (w przypadku Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałej i Całkowitej Niezdolności do Pracy): nowotwór złośliwy, łagodny nowotwór mózgu, łagodny nowotwór kanału kręgowego, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, każda kardiomiopatia, każda wada serca, każdy tętniak, udar mózgu, każda choroba krwi, cukrzyca, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Crohna, niewydolność nerek, astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc, stan padaczkowy, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, dyskopatia, choroba Parkinsona, choroba Alzheimera, zakażenie wirusem HIV, choroba AIDS, zaburzenie psychiczne, każda choroba genetyczna lub choroba zawodowa;

zdiagnozowanych lub leczonych przez lekarza w okresie 3 lat przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.

2. Dodatkowo, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego nastąpiło w wyniku normalnego następstwa:

1) samobójstwa Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia;

2) działania Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu, po użyciu narkotyków lub innych substancji odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza; 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 powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 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) aktów wojny (w tym wojny domowej), czynnego uczestnictwa w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu;

4) eksplozji atomowej oraz napromieniowania (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową);

5) następstw i konsekwencji wypadków zaistniałych przed dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia;

6) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób (nie dotyczy przypadków udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej w nagłych wypadkach tj. gdy czynności o charakterze medycznym wykonywane zostały poza kontrolą lekarską lub uprawnionych osób w celu ratowania życia lub zdrowia bezpośrednio w związku z Nieszczęśliwym Wypadkiem będącym, przyczyną Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub wystąpieniem Zdarzenia Ubezpieczeniowego);

7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym), o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia;

8) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, płetwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnego udziału w zawodach związanych z wyczynowym uprawianiem sportu, wyścigach i rajdach (z wyłączeniem rajdów pieszych);

9) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nieposiadającego licencji na przewóz pasażerów;

10) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego.

3. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia z tytułu Inwalidztwa polegającego na wystąpieniu Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu, jeżeli został on spowodowany w normalnym następstwie:

- 1) choroby, w tym występującej nagle, tj. zawałem serca, udarem mózgu, krwotokiem śródmózgowym,
- 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 Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu.

ZASADY SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI

§ 11

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Beneficjent lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja), wykorzystując jeden z poniższych kanałów kontaktu:
 - a. poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl/kontakt
 - b. telefonicznie - poprzez infolinię ERGO Hestii pod numerem: 801 112 075 lub 58 559 40 40
 - c. pisemnie - na adres siedziby Sopotkiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, lub
 - d. ustnie lub pisemnie - podczas wizyty w jednostce Sopotkiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
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:
 - a. na piśmie
 - b. za pomocą innego trwałego nośnika informacji
 - c. pocztą elektroniczną na wniosek osoby zgłaszającej.
5. Osoby wymienione w ust. 1 mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
6. 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 uprawnionego z umowy ubezpieczenia. **Powództwo można wytoczyć również według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.**

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 12

1. Wszelkie rozliczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich Świadczeń 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 NBP.

§ 13

1. Oświadczenia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski składane Ubezpieczycielowi i przez Ubezpieczyciela, powinny być złożone na piśmie i przesłane na wskazane adresy do korespondencji, lub w innej formie - zgodnie z treścią ust. 2 poniżej. **Oświadczenia Ubezpieczonych i innych osób uprawnionych z Umowy Ubezpieczenia składane na piśmie lub innym trwałym nośniku w związku z zawartą Umową Ubezpieczenia Bankowi (jako agentowi ubezpieczeniowemu Ubezpieczyciela) uznawane będą za złożone Ubezpieczycielowi.**
2. Wszelka korespondencja adresowana do Ubezpieczyciela powinna być przekazywana w formie pisemnej, na adres: Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot lub w innej formie, na którą Ubezpieczyciel i Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel i Ubezpieczony wyrażą odrębną zgodę.

§ 14

1. **Podatki i opłaty związane z otrzymaniem Świadczenia nie obciążają Ubezpieczyciela.**
2. **Opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.**

§ 15

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi WU mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U.2015r., poz.1844.), ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U t.j. z 2014r., poz. 121 ze zm).
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. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela zamieszczone jest na stronie internetowej Ubezpieczyciela: www.ergohestia.pl.

4. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia ERGO Hestii.

§ 16

1. Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona z Umowy Ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Finansowego.

2. Strony dopuszczają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów wynikających z Umowy Ubezpieczenia w sądzie polubownym, utworzonym przy Rzeczniku Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, zgodnie z Regulaminem działania tego Sądu.

3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 17

Niniejsze WU obowiązują od dnia 1 stycznia 2016 roku i mają zastosowanie do Umów Ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem Banku, jako agenta ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela, poczynwszy od tej daty.

Pełnomocnik Zarządu



Renata Mordaka



Aneks

do Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Pożyczkobiorców Banku Pekao S.A. Wariant „Życie ” kod: PGLW1-PEKAO o1/16 (dalej: „Warunki Ubezpieczenia”), oferowanych przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.

§ 1

W § 1 Warunków Ubezpieczenia usuwa się definicję szpitala, stanowiącą postanowienie § 1 ust. 3 pkt 15). Numeracja kolejnych punktów nie ulega zmianie.

W związku z powyższym, w treści Warunków Ubezpieczenia użyty w różnych przypadkach wyraz „Szpital” zmieniony zostaje na użyty w odpowiednim przypadku wyraz „szpital”.

§ 2

§ 1 ust 3 pkt 10) Warunków Ubezpieczenia otrzymuje następujące brzmienie:

„10) **Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku/Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, trwający nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 7 dni i zakończony wydaniem dokumentu potwierdzającego wypisanie ze szpitala; Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku musi rozpocząć się w Okresie Ubezpieczenia; uznaje się, że Zdarzenie Ubezpieczeniowe wystąpiło w Okresie Ubezpieczenia, jeżeli Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Pobytu w szpitalu zaistniał w Okresie Ubezpieczenia;”

§ 3

§ 3 ust. 12 Warunków Ubezpieczenia otrzymuje następujące brzmienie:

„12. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku maksymalnie za 90 dni Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zarówno w przypadkach, gdy Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku rozpoczął i zakończył się w Okresie Ubezpieczenia oraz w przypadku, gdy Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku rozpoczął się w Okresie Ubezpieczenia a zakończył się po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, przy czym łącznie wszystkie Świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane są maksymalnie za okres 90 dni.”

§ 4

W § 10 Warunków Ubezpieczenia po ust. 3 dodaje się kolejny ustęp o numerze 4, o poniższej treści:

„4. **Dodatkowo, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nie obejmuje pobytów: w szpitalu rehabilitacyjnym, domu opieki, domu pomocy społecznej, ośrodka rehabilitacyjnym, rekonwalescencyjnym, uzdrowiskowym, ośrodkach leczenia uzależnień oraz w szpitalu poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.**”

§ 5

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016r., poz. 1823), § 16 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia otrzymuje następujące brzmienie:

„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.”

§ 6

Niniejszy aneks stanowi integralną część Warunków Ubezpieczenia i obowiązuje od dnia 11 stycznia 2017 r.

Aneks nr 2

do Warunków Ubezpieczenia na Życie dla
Pożyczkobiorców Banku Pekao S.A.

Wariant „Życie” kod: PGLW1-PEKAO 01/16 (dalej:
„Warunki Ubezpieczenia”), oferowanych przez Sopotckie
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.

§ 1

§ 11 ZASADY SKŁADANIA I ROZPATRYWANIA REKLAMACJI Warunków Ubezpieczenia otrzymuje następujące brzmienie:

1. Ubezpieczony, Ubezpieczający, Beneficjent lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia, będący osobą fizyczną, może zgłosić zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela (reklamacja):
 - 1) poprzez formularz na stronie internetowej: www.ergohestia.pl;
 - 2) telefonicznie, pod numerem: 801 112 075 lub 58 559 40 40;
 - 3) pisemnie, na adres siedziby Sopotckiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot;
 - 4) ustnie lub pisemnie podczas wizyty w jednostce Sopotckiego Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA.
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 na piśmie lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji lub pocztą elektroniczną – na wniosek osoby zgłaszającej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, odpowiedź zostanie wysłana w ciągu 60 dni od dnia otrzymania.
5. Osoby wskazane w ust. 1, w niestandardowych sprawach, mogą się zwrócić do Rzecznika Klienta Ubezpieczyciela poprzez formularz na stronie: www.ergohestia.pl.
6. Osoby wskazane w ust. 1, będące osobą fizyczną, mogą wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

§ 2

INFORMACJA O PRZETWARZANIU PRZEZ UBEZPIECZYCIELA DANYCH OSOBOWYCH ORAZ O PRAWACH UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO PRZYSŁUGUJĄCYCH W ZWIĄZKU Z PRZETWARZANIEM DANYCH OSOBOWYCH

1. Administrator danych:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Sopotckie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA (dalej również: „Administrator danych”).

Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot. Numer telefonu: 801 112 075 lub 58 559 40 40;.

2. Inspektor ochrony danych:

Administrator danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym może się Pani/Pan kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Adres do korespondencji: ul. Hestii 1, 81-731 Sopot

Adres email: iod@ergohestia.pl

Formularz kontaktowy: znajduje się w sekcji OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH na stronie www.ergohestia.pl.

3. Cele przetwarzania danych:

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane w następujących celach: ocena ryzyka ubezpieczeniowego w celu zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową, wykonanie Umowy Ubezpieczenia, dochodzenie roszczeń, reasekuracja ryzyk, przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym, rozpatrzenie zgłoszonych reklamacji i odwołań, prawnie uzasadnione interesy administratora danych, wypełnienie obowiązków instytucji obowiązanej wynikających z ustawy z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, a od dnia 13.07.2018r. ustawy z dnia 1 marca 2018r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2018r., poz. 723), (dalej obie łącznie: „ustawa o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu”).

W celu oceny ryzyka, zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w celu ustalenia wysokości składki będziemy stosować profilowanie. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o stanie zdrowia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. automatyczną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową.

4. Podstawy prawne przetwarzania danych:

Przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych jest niezbędne do objęcia Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową, zawarcia i wykonywania Umowy Ubezpieczenia lub do objęcia Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy; prawnie uzasadnione interesy administratora danych (możliwość ewentualnego dochodzenia roszczeń, przeciwdziałanie i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń, zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub objęciem ochroną ubezpieczeniową); wypełnienie obowiązków prawnych administratora danych (np. przetwarzanie na podstawie przepisów o rachunkowości, ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).

5. Odbiorcy danych:

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane: podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Ubezpieczyciela (m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, świadczenia usług archiwizacyjnych, przeprowadzającym postępowanie likwidacyjne świadczeń ubezpieczeniowych, podmiotom organizującym lub wykonującym czynności związane z oceną ryzyka lub prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym świadczeń ubezpieczeniowych, agentom ubezpieczeniowym, zakładom reasekuracji, podmiotom wykonującym działalność leczniczą, innym administratorom w przypadku prawnie uzasadnionych interesów administratora danych).

6. Prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

Ma Pani/Pan następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych: prawo do wycofania zgody jeżeli zgoda stanowi podstawę przetwarzania danych osobowych (wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem), prawo dostępu do danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych – w takim zakresie, w jakim te dane osobowe są przetwarzane na podstawie uzasadnionych interesów administratora danych (np. prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby profilowania), prawo do przenoszenia danych osobowych (tj. do otrzymania od administratora danych Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego oraz prawo przesłania do innego administratora), prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem danych lub z inspektorem ochrony danych.

Dane kontaktowe wskazane są powyżej.

7. Okres przez jaki dane osobowe będą przechowywane:

W przypadku gdy doszło do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy Ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych (rachunków, faktur) dotyczących Umowy Ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.

8. Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub objęciem ochroną ubezpieczeniową jest konieczne do zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub objęcia ochroną ubezpieczeniową i wykonywania Umowy Ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub objęcie ochroną ubezpieczeniową.

53

Niniejszy aneks stanowi integralną część Warunków Ubezpieczenia i obowiązuje od dnia 25 maja 2018 r.