



Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie Osób Posiadających Kredyty Hipoteczne w Banku DNB Polska S.A.

KOD: KHL-DNB 01/11

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, udziela ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, zwanym dalej „Ubezpieczonymi”, które zawarły z Bankiem DNB Polska S.A., zwanym dalej „Ubezpieczającym”, umowę o kredyt, zwaną dalej „umową kredytu”.

§ 2

W rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia za:

1) **całkowitą trwałą niezdolność do pracy** - uważa się:

- a) do dnia poprzedzającego datę nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do emerytury w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa ubezpieczeń społecznych - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; całkowita trwała niezdolność do pracy, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, określana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego powyżej, na podstawie decyzji organu rentowego (ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie) i/lub dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowitą i trwałą charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiegokolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie lub która przynosiłaby dochód;
 - b) od dnia nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do emerytury w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa ubezpieczeń społecznych do dnia ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia - niemożność do samodzielnej egzystencji oraz konieczność stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata, potwierdzoną orzeczeniem lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcy KRUS, komisji lekarskiej lub wyrokiem sądu, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela przewidzianych w niniejszych warunkach ubezpieczenia;
- 2) **kredyt** - uważa się kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny, kredyt konsolidacyjny, pożyczkę hipoteczną, udzieloną Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu;
- 3) **Kredytobiorcę** - uważa się osobą fizyczną, która zawarła z Ubezpieczającym umowę kredytu; za Kredytobiorców uważa się także współkredytobiorców;
- 4) **nieszczęśliwy wypadek** - uważa się nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;

5) **okres ubezpieczenia** - uważa się odpowiednio pierwszy okres ubezpieczenia, drugi okres ubezpieczenia albo dodatkowy okres ubezpieczenia;

6) **pierwszy okres ubezpieczenia** - uważa się okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela trwający 2 lata (24 miesiące) począwszy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową;

7) **drugi okres ubezpieczenia** - uważa się okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela trwający 12 miesięcy następujący bezpośrednio po pierwszym okresie ubezpieczenia;

8) **dodatkowy okres ubezpieczenia** - uważa się każdy kolejny okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela trwający 12 miesięcy, następujący po drugim okresie ubezpieczenia;

9) **bieżący harmonogram spłat** - uważa się obowiązujący w dacie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego dokument sporządzony przez Ubezpieczającego, określający terminy płatności wszystkich rat przewidzianych umową kredytu, wysokości tych rat i poziom zadłużenia Kredytobiorcy w ramach umowy kredytu po spłacie każdej z rat;

10) **pierwotny harmonogram spłat** - uważa się dokument sporządzony przez Ubezpieczającego jako pierwszy dla umowy kredytu, określający terminy płatności wszystkich rat przewidzianych umową kredytu, wysokości tych rat i poziom zadłużenia Kredytobiorcy w ramach umowy kredytu po spłacie każdej z rat;

11) **potwierdzenie objęcia ochroną ubezpieczeniową** - uważa się pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela skierowane do Ubezpieczonego, zawierające; dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wysokość składki ubezpieczeniowej, zakres ubezpieczenia oraz inne istotne informacje dotyczące udzielanej Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia;

12) **ratę** - uważa się ratę kapitałowo-odsetkową kredytu określoną w umowie kredytu;

13) **saldo zadłużenia** - uważa się saldo zadłużenia na rachunku umowy kredytu (kapitał pozostający do spłaty);

14) **Ubezpieczonego** - uważa się Kredytobiorcę objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia;

15) **umowę ubezpieczenia** - uważa się Umowę grupowego ubezpieczenia na życie osób zaciągających kredyty hipoteczne w Banku DNB Polska S.A. zawartą pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;

16) **Uposażonego** - uważa się podmiot wskazany przez Ubezpieczającego, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego;

17) **Uprawnionego** - uważa się Ubezpieczonego, Ubezpieczającego, Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do świadczenia ubezpieczeniowego;

18) **uruchomienie kredytu** - uważa się wypłatę przez Ubezpieczającego kwoty kredytu lub jego pierwszej transzy dokonaną zgodnie z postanowieniami umowy kredytu;

19) **wniosek** - uważa się pisemne oświadczenie Kredytobiorcy o zgodzie na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, składane Ubezpieczającemu; złożenie wniosku jest warunkiem koniecznym do objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową;

20) **współkredytobiorców** - uważa się osoby, które wspólnie zawarły umowę kredytu i są solidarnie odpowiedzialne za zobowiązania z tytułu umowy kredytu;

21) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - uważa się zgon Ubezpieczonego oraz wystąpienie u Ubezpieczonego całkowitej trwałej niezdolności do pracy;

22) **kwestionariusz medyczny** - uważa się dokument przekazywany Kredytobiorcy w sytuacjach wskazanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia, zawierający pytania dotyczące stanu zdrowia Kredytobiorcy, na które Kredytobiorca zobowiązany jest udzielić odpowiedzi; na podstawie złożonego kwestionariusza medycznego oraz w sytuacjach wskazanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia, Ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego i podejmuje decyzję o objęciu lub odmowie objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w zakresie określonym w dalszej części niniejszych warunków ubezpieczenia, jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) zgon,
- 2) całkowitą trwałą niezdolność do pracy.
3. Postanowienia niniejszych warunków ubezpieczenia odnoszące się do Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio do współkredytobiorców.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 4

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa popełnionego w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- 2) aktów wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwa w zamieszkach, czynnego udziału w przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu oraz aktach przemocy,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,

5) eksplozji atomowej oraz napromieniowania (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),

6) zdarzeń powstałych podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),

7) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,

8) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,

9) uczestnictwa w ruchu powietrznym samolotu wojskowego lub prywatnego nieposiadającego licencji na przewóz pasażerów, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera.

2. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, jeśli zdarzenie to nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

1) aktów wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwa

w zamieszkach, czynnego udziału w przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu oraz aktach przemocy,

2) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu popełnienia przestępstwa z winy umyślnej,

3) działania Ubezpieczonego po użyciu alkoholu, w stanie nietrzeźwości, po zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza, bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,

4) katastrof powodujących skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,

5) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze; udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,

6) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,

7) umyślnego samookaleczenia ciała, usiłowania popełnienia samobójstwa - jeżeli usiłowanie samobójstwa nastąpiło w okresie do 2 lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową,

8) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

9) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi,

10) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,

11) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień,

12) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).

3. W okresie 24 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli spowodowane było ono chorobą, która została zdiagnozowana, była leczona lub której objawy występowały w okresie 12 miesięcy przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Za objawy choroby

uważa się takie objawy, których występowanie potwierdzono w procesie rozpatrywania roszczenia, i które, zgodnie z wiedzą medyczną, okażą się charakterystyczne dla danego rodzaju choroby.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 5

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-4 poniżej, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty wyłącznie Kredytobiorca, który w okresie od złożenia wniosku do otrzymania potwierdzenia objęcia ochroną ubezpieczeniową, będzie spełniał łącznie następujące warunki:

- 1) będzie miał ukończony 18 rok życia i jednocześnie nie będzie miał ukończonego 63 roku życia,
- 2) będzie zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym, i
- 3) nie będzie posiadał stwierdzonego prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego.

2. Odstąpienie przez Kredytobiorcę od umowy kredytu w terminie określonym w umowie kredytu skutkuje jednoczesnym odstąpieniem przez Kredytobiorcę od ubezpieczenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zwracana jest Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela w pełnej wysokości.

3. Jeżeli stroną umowy kredytu są współkredytobiorcy, ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia obejmowani są wszyscy współkredytobiorcy spełniający kryteria objęcia ochroną ubezpieczeniową i będący stroną tej umowy kredytu, jednak nie więcej niż pięciu.

4. Kredytobiorca może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu każdej kolejnej umowy kredytu. W sytuacji określonej w zdaniu pierwszym stosuje się postanowienia § 6 ust. 1, przy czym kwotę decydującą o zastosowaniu tych postanowień stanowi suma kwoty aktualnego salda zadłużenia z tytułu wszystkich umów kredytu w związku z którymi Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia oraz kwoty salda zadłużenia z tytułu umowy kredytu, w związku z którą Ubezpieczony jest nowo obejmowany ochroną ubezpieczeniową wyznaczonego, w przypadku każdej z tych umów kredytu, na dzień decyzji kredytowej dotyczącej podwyższenia kwoty kredytu, w związku z którym Kredytobiorca ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową. Do kwoty, o której mowa w zdaniu poprzedzającym zalicza się również kwoty niewykorzystanych transz kredytu.

§ 6

1. Jeżeli saldo zadłużenia powiększone o pozostałą kwotę przyznanego kredytu, w przypadku gdy nie zostały wypłacone jeszcze wszystkie transze kredytu, wyznaczone na dzień decyzji kredytowej dotyczącej podwyższenia kwoty kredytu, w związku z którym Kredytobiorca ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową, wynosi:

- 1) od 500.001 zł do 700.000 zł, Ubezpieczyciel uzależnia objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od wypełnienia przez Kredytobiorcę kwestionariusza medycznego, a w sytuacji kiedy Kredytobiorca wypełniając kwestionariusz medyczny udzielił chociaż jednej odpowiedzi twierdzącej - dodatkowo od poddania się przez Kredytobiorcę badaniom lekarskim,

- 2) od 700.001 zł do 2.000.000 zł, Ubezpieczyciel uzależnia objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od wypełnienia kwestionariusza medycznego, i poddania się przez Kredytobiorcę badaniom lekarskim,
- 3) 2.000.001 zł lub więcej, Ubezpieczyciel uzależnia objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od wypełnienia kwestionariusza medycznego, dokonania przez Kredytobiorcę badań lekarskich i wypełnienia kwestionariusza finansowego.

2. W przypadku kredytów indeksowanych do waluty obcej, kwota stanowiąca podstawę dla stosowania postanowień ust. 1, wyrażona w walucie obcej, zostaje przeliczona na złote polskie po kursie sprzedaży danej waluty obcej obowiązującym w Banku w dniu podjęcia decyzji kredytowej dotyczącej podwyższenia kwoty kredytu, w związku z którym Kredytobiorca ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową.

3. W przypadku podwyższenia kwoty udzielonego kredytu na podstawie aneksu do umowy kredytu, po dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, dla kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu na zasadach obowiązujących przed dniem zawarcia tego aneksu wymagana jest każdorazowo zgoda Ubezpieczyciela. Zgoda Ubezpieczyciela na kontynuację ochrony ubezpieczeniowej bez zmiany zasad jej udzielania, w przypadku zawarcia aneksu do umowy kredytu w pierwszym okresie ubezpieczenia, skutkuje obowiązkiem opłacenia przez Ubezpieczającego dodatkowej składki ubezpieczeniowej, której podstawą wyliczenia jest kwota, o którą wzrosła kwota kredytu. W razie braku zgody Ubezpieczyciela:

- 1) w przypadku zawarcia aneksu do umowy kredytu w pierwszym okresie ubezpieczenia - ochrona ubezpieczeniowa począwszy od daty zawarcia tego aneksu udzielana jest Ubezpieczonemu z zastosowaniem sumy ubezpieczenia wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłat i kończy się z upływem pierwszego okresu ubezpieczenia bez możliwości przedłużenia na drugi okres ubezpieczenia,
- 2) w przypadku zawarcia aneksu do umowy kredytu w drugim okresie ubezpieczenia lub kolejnym okresie ubezpieczenia - ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu kończy się z upływem miesiąca, w którym doszło do zawarcia tego aneksu.

4. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

5. Ubezpieczyciel, w przypadkach wskazanych w ust. 1, może dodatkowo uzależnić objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od przekazania dodatkowych informacji na temat stanu jego zdrowia.

6. Na podstawie analizy dokumentów i wyników badań medycznych, wskazanych w ust. 1 oraz ust. 5, Ubezpieczyciel dokona oceny ryzyka ubezpieczeniowego i podejmie decyzję o objęciu lub odmowie objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Kredytobiorcy. Ubezpieczyciel zastrzega sobie również prawo do zaproponowania Kredytobiorcy objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach odbiegających od określonych w umowie ubezpieczenia, w tym zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej.

7. Propozycja objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową na zasadach odbiegających od określonych w umowie ubezpieczenia, o której mowa w ust. 6 powyżej (dalej: „propozycja Ubezpieczyciela”) zostanie przekazana Ubezpieczającemu oraz Kredytobiorcy (za

pośrednictwem Ubezpieczającego) w terminie do 3 dni roboczych od daty doręczenia Ubezpieczycielowi wszystkich wymaganych dokumentów niezbędnych do dokonania przez Ubezpieczyciela oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Przekazanie propozycji Ubezpieczyciela (przy jednoczesnym braku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Kredytobiorcy ze strony Ubezpieczyciela) skutkuje, w przypadku akceptacji propozycji Ubezpieczyciela przez Kredytobiorcę zgodnie z postanowieniami ust. 8, objęciem Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową na zasadach w tej propozycji Ubezpieczyciela wskazanych.

8. Akceptacja propozycji Ubezpieczyciela dokonywana jest poprzez złożenie przez Kredytobiorcę (w miejsce wniosku), w terminie 7 dni roboczych o daty jej doręczenia Ubezpieczającemu, oświadczenia w tym przedmiocie (na dokumencie propozycji Ubezpieczyciela) i skutkuje rozpoczęciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela od dnia wskazanego w § 7 ust. 3, na warunkach wskazanych w propozycji Ubezpieczyciela.

CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 7

1. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową może nastąpić po spełnieniu warunków określonych w § 5 i 6.
2. Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową przez okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-5 oraz pozostałych postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.
3. Pierwszy okres ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem wskazanym w potwierdzeniu objęcia ochroną ubezpieczeniową.
4. Ochrona ubezpieczeniowa ulega przedłużeniu na drugi okres ubezpieczenia, pod warunkiem że Ubezpieczony nie złożył pisemnego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia przed upływem pierwszego okresu ubezpieczenia.
5. Przedłużenie ochrony ubezpieczeniowej na dodatkowe okresy ubezpieczenia będzie się odbywało na zasadach wskazanych poniżej w § 14.

§ 8

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:
 - 1) w dacie zgonu Ubezpieczonego, z zachowaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela za zgon Ubezpieczonego,
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
 - 3) z końcem miesiąca, w którym doszło do wygaśnięcia zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z umowy kredytu,
 - 4) z końcem pierwszego okresu ubezpieczenia, jeżeli w trakcie jego trwania doszło do rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 5) z końcem drugiego okresu ubezpieczenia, o ile nie doszło do przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na dodatkowy okres ubezpieczenia,
 - 6) z końcem dodatkowego okresu ubezpieczenia, o ile nie doszło do przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny dodatkowy okres ubezpieczenia,
 - 7) z końcem miesiąca, w którym doszło do rozwiązania umowy ubezpieczenia, jeżeli rozwiązanie umowy ubezpieczenia nastąpiło w trakcie drugiego okresu ubezpieczenia lub dodatkowego okresu ubezpieczenia,

- 8) z końcem miesiąca w którym doszło do rozwiązania umowy kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3,
 - 9) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Ponadto odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:
- 1) z tytułu zgonu - z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia,
 - 2) z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy - w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych w lit. a)-b) poniżej, wystąpi jako pierwsze:
 - a) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
 - b) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65 rok życia.
3. W przypadku wygaśnięcia zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z umowy kredytu oraz w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej przed upływem pierwszego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, proporcjonalnie do liczby dni, w których Ubezpieczyciel nie świadczył ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczający poinformuje Ubezpieczonego o trybie rozliczenia pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym zwracanej składki ubezpieczeniowej.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 9

1. Składka ubezpieczeniowa z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej płatna jest przez Ubezpieczającego w następujący sposób:
 - 1) w przypadku pierwszej składki ubezpieczeniowej należnej za pierwszy okres ubezpieczenia - jednorazowo (składka 2-letnia),
 - 2) w przypadku kolejnych składek ubezpieczeniowych, należnych w drugim okresie ubezpieczenia oraz w dodatkowych okresach ubezpieczenia - z częstotliwością miesięczną (składka miesięczna).
2. Wysokość składki ubezpieczeniowej, należnej z tytułu objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową, stanowi iloczyn aktualnie obowiązującej stawki za ubezpieczenie oraz:
 - 1) w przypadku składki 2-letniej: salda zadłużenia, uwzględniającego pozostałą kwotę przyznanego kredytu, w przypadku gdy nie zostały wypłacone jeszcze wszystkie transze kredytu, obliczonego na dzień podjęcia decyzji kredytowej dotyczącej podwyższenia kwoty kredytu, w związku z którym Kredytobiorca ma zostać objęty ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) w przypadku składki miesięcznej: salda zadłużenia aktualnego na ostatni dzień okresu rozliczeniowego właściwego dla płatności z tytułu umowy kredytu, za który składka jest należna, uwzględniającego pozostałą kwotę przyznanego kredytu, w przypadku gdy nie zostały wypłacone jeszcze wszystkie transze kredytu.
3. W przypadku kredytów indeksowanych do waluty obcej, kwota stanowiąca podstawę obliczenia składki ubezpieczeniowej wyrażona w walucie obcej zostaje przeliczona na złote polskie po kursie sprzedaży danej waluty obcej obowiązującym w Banku w dniu, w którym obliczana jest wysokość należnej składki ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami ust. 2 powyżej.

4. W przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia współkredytobiorców, kwotą będącą podstawą obliczenia wysokości należnej składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego, stanowi kwota wynikająca z podziału kwoty wskazanej w ust. 2 powyżej, z zastosowaniem proporcji, w jakiej pozostaje kwota dochodów danego Ubezpieczonego do łącznych dochodów wszystkich współkredytobiorców obejmowanych ochroną ubezpieczeniową. Postanowienia zdania poprzedzającego odnoszą się do dochodów branych pod uwagę przy ustalaniu zdolności kredytowej Kredytobiorców przez Ubezpieczającego w celu zawarcia umowy kredytu, zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.

5. W przypadku zmiany, po dniu zawarcia umowy kredytu, proporcji w jakiej pozostaje kwota dochodów danego Ubezpieczonego do łącznych dochodów wszystkich współkredytobiorców obejmowanych ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel uwzględni zmienione proporcje dochodów w danym okresie ubezpieczenia, pod warunkiem, że Ubezpieczony dostarczy Ubezpieczającemu potwierdzenie zmiany dochodów na miesiąc przed rozpoczęciem danego okresu ubezpieczenia (formularz „zaświadczenie o dochodach”), w którym zmienione proporcje dochodów będą obowiązywać. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego czynności wskazanych w zdaniu poprzednim, za obowiązujące proporcje podziału dochodów uznaje się ostatnie dostarczone przez Ubezpieczonego do Ubezpieczającego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu lub z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy równa jest wysokości salda zadłużenia na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w okresie od dnia wypłaty pierwszej transzy kredytu do dnia poprzedzającego wypłatę ostatniej transzy kredytu, suma ubezpieczenia z tytułu zgonu nie przekracza salda zadłużenia wynikającego z tytułu transz kredytu wypłaconych do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. W przypadku gdy do ubezpieczenia przystępują współkredytobiorcy, suma ubezpieczenia, która przypada na danego Ubezpieczonego wynika z podziału sumy ubezpieczenia wskazanej w ust. 1, z zastosowaniem proporcji wskazanej w § 9 ust. 3 powyżej.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

§ 11

1. W przypadku zgonu lub wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub Uprawnionemu jednorazowe świadczenie w wysokości równej sumie ubezpieczenia przypadającej na danego Ubezpieczonego.

2. W przypadku kredytu udzielonego w walucie obcej lub indeksowanego do waluty obcej świadczenia przewidziane w niniejszych warunkach ubezpieczenia wypłacane są w złotych polskich i stanowią kwotę wynikającą z zastosowania kursu sprzedaży danej waluty obcej obowiązującego i ogłoszonego przez Ubezpieczającego w dniu roboczym poprzedzającym dzień wypłaty świadczenia, lecz nie więcej niż 130% wartości świadczenia, która wynikałaby z zastosowania kursu sprzedaży tej waluty

obcej, obowiązującego u Ubezpieczającego w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (data wskazana przez Ubezpieczyciela w potwierdzeniu objęcia ochroną ubezpieczeniową).

3. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wypłaty świadczenia ustalonego w oparciu o sumę ubezpieczenia wyznaczoną w sposób określony w § 10 ust. 1 zdanie drugie, składka ubezpieczeniowa, której podstawą obliczenia była kwota niewypłaconych transz kredytu, zostanie zwrócona Ubezpieczającemu. Ubezpieczający poinformuje Ubezpieczonego o trybie rozliczenia zwracanej składki ubezpieczeniowej, pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 12

- Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonemu.
- Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie może zostać wypłacone Uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
- Świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 4 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo 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.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty.
- Ubezpieczony, na żądanie Ubezpieczyciela, jest zobowiązany wykonać badania lekarskie u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela oraz dostarczyć wyniki wykonanych przez siebie badań. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.
- Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 7, określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z umowy ubezpieczenia.
- Wypłata świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.
- Świadczenie należne odpowiednio Uprawnionemu lub Uposażonemu uważa się za wypłacone w dacie uznania rachunku bankowego Uprawnionego lub Uposażonego pełną należną kwotą świadczenia.

DOKUMENTY NIEZBĘDNE DO ROZPATRZENIA ROSZCZENIA

§ 13

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia to:

- 1) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu), chyba że przedstawienie wymienionego dokumentu będzie niemożliwe z przyczyn obiektywnie niezależnych,
- 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
- 3) dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku, w przypadku gdy nieszczęśliwy wypadek jest przyczyną zgonu,
- 4) poświadczona przez osobę upoważnioną przez Ubezpieczającego za zgodność z oryginałem kopia umowy kredytu wraz ze wszystkimi aneksami oraz bieżącym harmonogramem spłat i pierwotnym harmonogramem spłat - dostarcza Ubezpieczający,
- 5) kopia wniosku - dostarcza Ubezpieczający,

2. W przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia to:

- 1) oryginał lub potwierdzonej kopia decyzji organu rentowego o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy,
- 2) dokumentacja medyczna określająca przyczynę całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
- 3) dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku, w przypadku gdy nieszczęśliwy wypadek jest przyczyną trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
- 4) poświadczona przez osobę upoważnioną przez Ubezpieczającego za zgodność z oryginałem kopia umowy kredytu wraz ze wszystkimi aneksami oraz bieżącym harmonogramem spłat i pierwotnym harmonogramem spłat - dostarcza Ubezpieczający,
- 5) kopia wniosku - dostarcza Ubezpieczający,

3. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1-2, o ile będzie to potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.

ZMIANA POSTANOWIEŃ UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14

1. Ubezpieczyciel ma prawo do przedstawienia Ubezpieczonemu (bezpośrednio lub za pośrednictwem Ubezpieczającego) propozycji zasad udzielania ochrony ubezpieczeniowej w dodatkowym okresie ubezpieczenia (dalej: „propozycja odnowienia”). Propozycja odnowienia zostanie przedstawiona nie później niż 30 dnia przed datą zakończenia drugiego okresu ubezpieczenia lub dodatkowego okresu ubezpieczenia.

2. Jeżeli przedstawiona propozycja odnowienia przewiduje udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w dodatkowym okresie ubezpieczenia na dotychczasowych warunkach Ubezpieczony może odrzucić propozycję nie później niż 21 dnia od otrzymania propozycji odnowienia. W przypadku braku odrzucenia propozycji odnowienia w ww. terminie ochrona ubezpieczeniowa będzie udzielana w dodatkowym okresie ubezpieczenia.

3. Jeżeli przedstawiona propozycja odnowienia przewiduje udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w dodatkowym okresie

ubezpieczenia na warunkach innych niż dotychczasowe akceptacja propozycji odnowienia dokonywana jest przez Ubezpieczonego poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o zgodzie na odnowienie ubezpieczenia na zasadach określonych w propozycji odnowienia. Ubezpieczony składa ww. oświadczenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego nie później niż 14 dnia od otrzymania propozycji odnowienia. W przypadku nie złożenia oświadczenia lub złożenia oświadczenia o braku zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w dodatkowym okresie ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem okresu ubezpieczenia drugiego okresu ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15

1. Jeżeli zgłaszający roszczenie nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela, co do odmowy zaspokojenia roszczenia, albo co do wysokości odszkodowania (świadczenia), może zgłosić na piśmie (lub w inny uzgodniony sposób) wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.

2. Po rozpatrzeniu wniosku, o którym mowa w ust. 1 przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upetnomocnionego pracownika, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu wniosek w terminie 30 dni pisemnie na adres wskazany w treści wniosku.

§ 16

1. Skargi lub zażalenia Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia mogą być zgłaszane do Ubezpieczyciela poprzez jeden z dostępnych kanałów kontaktu, tj.:

- 1) pisemnie - na adres: 81-731 Sopot, ul. Hestii 1,
- 2) mailowo - na adres: skargi@ergohestia.pl,
- 3) telefonicznie - podczas kontaktu w infolinię Ubezpieczyciela pod numerem telefonu 58 555 61 00.

2. Skargi rozpatrywane są przez dedykowaną jednostkę wyznaczoną przez Zarząd Ubezpieczyciela.

3. Po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest zgłaszającemu w ciągu 14 dni roboczych od zgłoszenia, pisemnie lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.

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

5. Strony dopuszczają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów wynikających z umowy ubezpieczenia w sądzie polubownym, utworzonym przy Rzeczniku Ubezpieczonych - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, działającym zgodnie z jego regulaminem.

§ 17

Wszelkie rozliczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych dokonywane są w złotych polskich.

§ 18

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Rzeczypospolitej Polskiej lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające ze stosunku ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 19

Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego, powinny być dostarczane na piśmie, pod rygorem nieważności.

§ 20

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego, a w szczególności ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy z dnia z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 1964 r., Nr 16, poz. 93 z późn. zm.), ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (j.t. Dz.U. z 2008 r. Nr 69, poz. 415 z późn. zm.) oraz Kodeksu pracy.

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.

§ 21

1. Ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 22

Niniejsze warunki ubezpieczenia obowiązują od dnia 1 sierpnia 2014 roku.