



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

KOD: KHL-DNB 02/11

## 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) 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) **czasową niezdolność do pracy** - uważa się niemożność świadczenia dotychczasowej pracy przez Ubezpieczonego trwającą nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 30 dni liczonych od daty wystąpienia czasowej niezdolności do pracy, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela przewidzianych w niniejszych warunkach ubezpieczenia;
- 3) **datę wystąpienia czasowej niezdolności do pracy** - uważa się dzień następujący po upływie 60 dni liczonych od pierwszego dnia niezdolności do pracy;

4) **deklarację zgody** - uważa się pisemne oświadczenie Kredytobiorcy o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem, składane Ubezpieczającemu przy zawarciu umowy kredytu; złożenie deklaracji zgody jest warunkiem koniecznym dla objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową;

5) **karencję** - uważa się okres ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki ubezpieczeniowej, występujący w zakresie i w sytuacjach wskazanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia;

6) **kredyt** - uważa się kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny, kredyt konsolidacyjny, pożyczkę hipoteczną, udzieloną Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu;

7) **Kredytobiorcę** - uważa się osobę fizyczną, która zawarła z Ubezpieczającym umowę kredytu; za Kredytobiorców uważa się także współkredytobiorców;

8) **nieszczęśliwy wypadek** - uważa się nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;

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

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

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

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

13) **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;

14) **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;

15) **poważne zachorowanie** - uważa się co najmniej jedną z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia:

a) zawał mięśnia sercowego - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:

- i. typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
- ii. nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,
- iii. charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),
- iv. charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
- v. frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia);

b) udar mózgu - incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmujący:

- i. zawał tkanki mózgowej,
  - ii. krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
  - iii. zator materiałem pozaczaszkowym,
- jeżeli jednocześnie spowoduje to powstanie udokumentowanych neurologicznych objawów ubytkowych przez okres dłuższy niż 3 miesiące;

c) niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki;

d) nowotwór złośliwy - chorobę objawiającą się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:

- i. wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
- ii. wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
- iii. nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
- iv. choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
- v. nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV;

e) operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass) - wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszkórnej;

f) przeszczep narządu - uważa się leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;

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

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

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

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

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

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

22) **Wariant ubezpieczenia** - uważa się jeden z dwóch wariantów ochrony ubezpieczeniowej, tj. Wariant podstawowy lub Wariant rozszerzony, każdy z odmiennym zakresem ubezpieczenia określonym w niniejszych warunkach ubezpieczenia; Wariant ubezpieczenia wskazywany jest przez Kredytobiorcę we Wniosku o kredyt, oraz potwierdzany w deklaracji zgody;

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

24) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - uważa się zgon Ubezpieczonego oraz wystąpienie u Ubezpieczonego: całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania.

25) **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 2004r., Nr 223, poz. 2268 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, 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, sporty lotnicze; zajęciem rekreacyjnym lub sportowym o wysokim stopniu ryzyka nie jest m. in. rekreacyjne uprawianie windsurfingu, jazdy na rowerze, gra w piłkę nożną, siatkówkę lub koszykówkę, żeglarstwo śródlądowe, pływanie rekreacyjne, narciarstwo i snowboard.

## 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 w Wariancie podstawowym obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - 1) zgon,
  - 2) całkowitą trwałą niezdolność do pracy.
3. Zakres ubezpieczenia w Wariancie rozszerzonym obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
  - 1) zgon,
  - 2) całkowitą trwałą niezdolność do pracy,
  - 3) czasową niezdolność do pracy,
  - 4) poważne zachorowanie.
4. Kredytobiorca obejmowany jest zakresem ubezpieczenia zgodnie z Wariantem ubezpieczenia wskazanym w deklaracji zgody.
5. Współkredytobiorcy będący stroną jednej umowy kredytu mogą zostać objęci ubezpieczeniem wyłącznie w ramach tego samego Wariantu ubezpieczenia.
6. 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 oraz w przygotowaniach do nich
  - 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 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. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy, jeśli zdarzenie to nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
- 1) usiłowania popełnienia samobójstwa - jeżeli usiłowanie samobójstwa nastąpiło w okresie do 2 lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową,
  - 2) aktów wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwa w zamieszkach, czynnego udziału w przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu oraz aktach przemocy,
  - 3) udziału w przestępstwie z winy umyślnej lub usiłowaniu popełnienia 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, bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożyciem alkoholu,
  - 5) eksplozji atomowej oraz napromieniowania Ubezpieczonego (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową Ubezpieczonego),
  - 6) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka,
  - 7) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,

8) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała Ubezpieczonego na jego prośbę,  
9) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów.  
4. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, 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, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,  
5) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka  
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) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane),  
9) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,  
10) choroby AIDS lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi,  
11) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych bądź choroby układu nerwowego,  
12) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień.  
5. 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 dacie składania deklaracji zgody 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. W stosunku do ochrony ubezpieczeniowej z tytułu czasowej niezdolności do pracy i poważnego zachorowania stosuje się karencję przez okres 60 dni liczoną od daty rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w ramach pierwszego okresu ubezpieczenia określonej w § 7 ust. 3. W okresie karencji Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową odpowiednio z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem i poważnego zachorowania spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.  
3. 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.  
4. 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.  
5. Kredytobiorca może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu każdej kolejnej zawartej z Ubezpieczającym umowy kredytu, o ile taka umowa kredytu zawarta została w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W sytuacji określonej w zdaniu pierwszym stosuje się postanowienia § 6 ust. 1, przy czym jako kwotę kredytu przyjmuje się sumę kwoty aktualnego zadłużenia z tytułu wszystkich obowiązujących umów kredytu, w związku z którymi Kredytobiorca jest objęty ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia oraz kwoty nowo zawieranej umowy kredytu.

### **§ 6**

1. W przypadku Kredytobiorcy, który:

1) w dacie składania deklaracji zgody ma nie więcej niż 45 lat, a kwota kredytu:  
a) przekracza kwotę 700.000 zł (słownie: siedemset tysięcy złotych), 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 medycznym,  
b) wynosi 1.000.000 zł (słownie: jeden milion złotych) lub więcej Ubezpieczyciel uzależnia objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od wypełnienia kwestionariusza medycznego i poddania się przez Kredytobiorcę badaniom lekarskim,  
c) wynosi 2.000.000 zł (słownie: dwa miliony złotych) lub więcej Ubezpieczyciel uzależnia objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od wypełnienia kwestionariusza medycznego, dokonania przez Kredytobiorcę badań lekarskich i wypełnienia kwestionariusza finansowego.  
2) w dacie składania deklaracji zgody ma więcej niż 45 lat, a kwota kredytu:  
a) przekracza kwotę 500.000 zł (słownie: pięćset tysięcy złotych), 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 medycznym,

b) wynosi 700.000 zł (słownie: siedemset tysięcy złotych) lub więcej Ubezpieczyciel uzależnia objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od wypełnienia kwestionariusza medycznego i poddania się przez Kredytobiorcę badaniom lekarskim,

c) wynosi 2.000.000 zł (słownie: dwa miliony złotych) lub więcej Ubezpieczyciel uzależnia objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową od wypełnienia kwestionariusza medycznego, dokonania przez Kredytobiorcę badań lekarskich i wypełnienia kwestionariusza finansowego.

2. W przypadku podwyższenia kwoty udzielonego kredytu na podstawie aneksu do umowy kredytu 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.

3. Koszty badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel.

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

5. Na podstawie analizy dokumentów i wyników badań medycznych, wskazanych w ust. 1 oraz ust. 4, 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.

6. Propozycja objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową na zasadach odbiegających od określonych w umowie ubezpieczenia, o której mowa w ust. 5 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.

7. Akceptacja propozycji Ubezpieczyciela dokonywana jest poprzez złożenie przez Kredytobiorcę (w miejsce deklaracji zgody), 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 w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu uruchomienia kredytu, jednakże nie wcześniej niż z dniem następującym po dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody lub z dniem następującym po dniu, w którym Ubezpieczony złożył zaakceptowaną propozycję Ubezpieczyciela.

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 ubezpieczenia, 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) z tytułu czasowej niezdolności do pracy - w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych w lit. a)-b) poniżej, wystąpi jako pierwsze:
  - a) z dniem wydania przez lekarza orzecznika orzeczenia o całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
  - b) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
- 4) z tytułu poważnego zachorowania - z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.

3. W przypadku wygaśnięcia zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z umowy kredytu oraz w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia 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) kwoty udzielonego kredytu w dniu zawarcia umowy kredytu - w przypadku składki 2-letniej,
- 2) salda zadłużenia aktualnego na ostatni dzień okresu rozliczeniowego właściwego dla płatności z tytułu umowy kredytu, za który składka jest należna - w przypadku składki miesięcznej.

3. W przypadku przystąpienia do umowy ubezpieczenia współkredytobiorców, kwotę 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 ubezpieczeniem.

Postanowienia zdania poprzedzającego odnoszą się do dochodów branych pod uwagę przy ustalaniu zdolności kredytowej Kredytobiorców przez Ubezpieczającego w celu zawarcia umowy kredytu, zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. W przypadku zmiany, po dniu zawarcia umowy kredytu, proporcji w jakiej pozostaje kwota dochodów danego Ubezpieczonego do łącznych dochodów wszystkich współkredytobiorców obejmowanych ubezpieczeniem, 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.

2. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy równa jest odpowiednio:

- 1) w pierwszym okresie ubezpieczenia: wysokości 8 rat kapitałowo-odsetkowych określonych w umowie kredytu, wynikających z bieżącego harmonogramu spłat,
  - 2) w drugim okresie ubezpieczenia oraz każdym dodatkowym okresie ubezpieczenia: wysokości 4 rat kapitałowo-odsetkowych określonych w umowie kredytu, wynikających z bieżącego harmonogramu spłat.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania równa jest:

- 1) w pierwszym okresie ubezpieczenia: wysokości kolejnych 8 rat kapitałowo-odsetkowych określonych w umowie kredytu, wynikających z bieżącego harmonogramu spłat, przy czym nie więcej niż 40.000 zł,
- 2) w drugim okresie ubezpieczenia oraz każdym dodatkowym okresie ubezpieczenia: wysokości 5 rat kapitałowo-odsetkowych, określonych w umowie kredytu, wynikających z bieżącego harmonogramu spłat, przy czym nie więcej niż 25.000 zł, których termin płatności przypada bezpośrednio po dacie wystąpienia poważnego zachorowania.

4. Suma ubezpieczenia stanowi górny limit odpowiedzialności Ubezpieczyciela w okresie ubezpieczenia, niezależnie od liczby zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych.

5. W przypadku gdy do ubezpieczenia przystępują współkredytobiorcy, suma ubezpieczenia, która przypada na danego Ubezpieczonego wynika z podziału sumy ubezpieczenia wskazanej w ust. 1, 2 i 4 z zastosowaniem proporcji wskazanej w § 9 ust. 3 powyżej, z zastrzeżeniem zdania następnego. Przez podział sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 i 3, rozumie się podział każdej z rat kapitałowo-odsetkowych z zachowaniem liczby tych rat.

## ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

### § 11

1. W przypadku zgonu, wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu lub Uprawnionemu jednorazowe świadczenie w wysokości równej sumie ubezpieczenia przypadającej na danego Ubezpieczonego.
2. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest z częstotliwością miesięczną w wysokości każdej raty kapitałowo-odsetkowej należnej z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytu, wynikającej z bieżącego harmonogramu spłat, w terminie płatności tej raty przypadającym począwszy od daty wystąpienia czasowej niezdolności do pracy, do ostatniego dnia trwania czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem ust. 4-5. W przypadku gdy ubezpieczeniem objęci są współkredytobiorcy, rata świadczenia przypadająca na danego Kredytobiorcę, wynika z podziału raty świadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, z zastosowaniem proporcji wskazanej w § 9 ust. 3.
3. Maksymalna wysokość jednej raty świadczenia, o którym mowa w ust. 2, wynosi 5.000 zł.
4. Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do odmowy wypłaty całości lub części świadczenia w przypadku stwierdzenia, że w okresie czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczony wykonywał pracę zawodową.
5. 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 zawarcia umowy kredytu.
6. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 2, przestaje być wypłacane począwszy od dnia następującego po dniu wypłaty ostatniego świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy skutkującej wyczerpaniem sumy ubezpieczenia obowiązującej w okresie ubezpieczenia, w którym nastąpiła czasowa niezdolność do pracy.

## WYPŁATA ŚWIADCZENIA

### § 12

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonemu.
2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie może zostać wypłacone Uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
3. Świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy i poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia Uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia

5. 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.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty.
7. 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.
8. Wyniki badań lekarskich, o których mowa w ust. 7, określające stan zdrowia Ubezpieczonego mogą wpływać na uznanie przez Ubezpieczyciela roszczenia z umowy ubezpieczenia.
9. Wypłata świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.
10. 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 deklaracji zgody - 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 deklaracji zgody - dostarcza Ubezpieczający.

3. W razie wystąpienia czasowej niezdolności do pracy dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia to:

- 1) zwolnienie lekarskie wydane przez lekarza, potwierdzające niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym okres nieobecności Ubezpieczonego w pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy,
- 2) dokumentacja medyczna dotycząca leczenia,
- 3) dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku, w przypadku gdy nieszczęśliwy wypadek jest przyczyną czasowej 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,
- 5) kopia deklaracji zgody - dostarcza Ubezpieczający.

4. W razie wystąpienia poważnego zachorowania dokumenty potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia to:

- 1) diagnoza medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania, dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia,
- 2) 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,
- 3) kopia deklaracji zgody - dostarcza Ubezpieczający.

5. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1-4, o ile będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia.

6. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1-5 powyżej, wystawiane poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, winny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

7. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1-5 powyżej, powinny być dostarczone w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez pracownika Ubezpieczającego, pracownika Ubezpieczyciela lub uprawniony do tego organ.

## 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 telefonicznym 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 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.