

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW „BEZPIECZNA GOTÓWKA” BIS

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 1

Konstrukcja umowy oraz przedmiot regulacji szczegółowych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze szczegółowe warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do ochrony udzielanej na podstawie Zrzeszeniowej Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców „Bezpieczna Gotówka” BIS zawieranej przez Ubezpieczającego na rachunek Ubezpieczonych (zwanej dalej „umową” bądź „umową ubezpieczenia”).
2. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w wariantach wskazanych w § 4 ust. 2.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych szczegółowych warunków ubezpieczenia, stanowiących załącznik do umowy oraz jej integralną część.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na rachunek Ubezpieczonych, będących Kredytobiorcami Banku.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w umowie grupowego ubezpieczenia na życie Kredytobiorców (umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- 1) Ubezpieczyciel – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu;
- 2) Ubezpieczający – Bank zawierający umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych;
- 3) Ubezpieczony – Kredytobiorca/Współkredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia;
- 4) Wiek wstępu – wiek obliczany jako różnica roku kalendarzowego, w którym rozpoczyna się w stosunku do danego ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa i roku kalendarzowego, w którym urodził się Ubezpieczony;
- 5) Umowa kredytu – umowa kredytu spłacanego ratalnie lub jednorazowo na koniec okresu kredytowania;
- 6) Kredyt – środki pieniężne oddane przez Bank do dyspozycji Kredytobiorcy na warunkach określonych w umowie kredytu Bezpieczna Gotówka, zawartej w oparciu o stosowny Regulamin Kredytu;
- 7) Kredytodawca – Bank zawierający umowę ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych.
- 8) Kredytobiorca/Współkredytobiorca - osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem umowę kredytu;
- 9) Utrata wzroku - całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Ubezpieczyciela o trwałości schorzenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę lub lekarza Ubezpieczyciela;
- 10) Utrata kończyn - całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn: w zakresie kończyn górnych na wysokości lub powyżej nadgarstków, w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych;
- 11) Utrata mowy - całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu; utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym;
- 12) Poważne zachorowanie – stan objęty ochroną ubezpieczeniową z umowy ubezpieczenia, określony w pkt. 14 do 23, zdiagnozowany przez lekarza po dniu przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia;
- 13) Nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną;
- 14) Zawał serca – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 15) Udar mózgu – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 24 godziny. Powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 16) Nowotwór – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka >0,75 cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 17) Łagodny guz mózgu – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciasnoty wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwałe i postępujące ubytki neurologiczne;
- 18) Niewydolność nerek – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 19) Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – przeprowadzenie operacyjnej korekty zęwienia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 20) Leczenie chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi niż określone w pkt 19., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zęwienia lub zamknięcia, poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zęwienia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografia). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 21) Przeszczep dużych narządów – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 22) Ciężkie oparzenie – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według "reguły dziesięciokąt" lub tabeli Lunda i Browdera;
- 23) Zapalenie wątroby typu B - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy, z występującymi łącznie kryteriami:

- a) utrzymywanie się na podwyższonym poziomie ($>1,5$ x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - c) kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności "pajączków naczyńowych" na skórze.
- 24) Uposażony – osoba fizyczna lub podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
 - 25) Suma ubezpieczenia – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Suma ubezpieczenia jest równa wysokości zadłużenia Ubezpieczonego / Współubezpieczonego w ramach umowy kredytu na dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
 - 26) Rata kapitałowa – kwota kapitału, jaką Kredytobiorca (Ubezpieczony) jest zobowiązany spłacić bankowi w określonych umową kredytową terminach.

§ 3

Skutki rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia

1. Okres ochrony ubezpieczeniowej jest równy okresowi za jaki została opłacona składka.
2. Rozwiązanie lub wygaśnięcie umowy ubezpieczenia oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonych nie ulega przedłużeniu i wygasa z upływem okresu za jaki została zapłacona składka.

§ 4

Przedmiot umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest ponoszenie przez Ubezpieczyciela ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci:
 - a) śmierci Ubezpieczonego (GRKB),
 - b) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku (GRKB-TCNN),
 - c) poważnego zachorowania Ubezpieczonego (GRKB-POZ),
2. Ubezpieczony może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w jednym z następujących wariantów:

WARIANT	GRKB	GRKB-TCNN	GRKB-POZ
I	X	X	
II	X	X	X

3. W przypadku zawarcia umowy kredytu przez Współkredytobiorców, każdy z nich z osobna w deklaracji przystąpienia określa proporcję, w jakiej jest odpowiedzialny za spłatę kredytu.
4. Przedmiotem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka, o którym mowa w **ust. 1 pkt a)** jest ponoszenie przez Ubezpieczyciela ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego. Jednakże z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 70 roku życia ochrona ubezpieczeniowa zostaje zmodyfikowana poprzez ograniczenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela do śmierci Ubezpieczonego wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz rozszerzenie odpowiedzialność Ubezpieczyciela o odpowiedzialność za następujące wypadki:
 - a) utrata kończyn,
 - b) utrata mowy,
 - c) utrata wzroku.
5. Przedmiotem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka, o którym mowa w **ust. 1 pkt b)** jest ponoszenie przez Ubezpieczyciela ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej utraty przez Ubezpieczonego zdolności do dalszego wykonywania pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej w wyniku nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z posiadanym wykształceniem i doświadczeniem zawodowym. Niezdolność do pracy spowodowana może być wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem. Za trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczyciel przyjmuje niezdolność orzeczoną na okres stały lub na okres dłuższy niż 5 lat. Podstawą do uznania przez Ubezpieczyciela zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpieczonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
6. Przedmiotem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka, o którym mowa w **ust. 1 pkt c)** jest ponoszenie przez Ubezpieczyciela ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania bez względu na jego przyczynę. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 roku życia ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostaje ograniczona do poważnych zachorowań wymienionych w § 2 pkt. 16), 18), 21), 22).

§ 5

Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej. Dobro chronione

Przedmiotem udzielanej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej jest:

- a) w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczonego (GRKB) – życie Ubezpieczonego,
- b) w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku (GRKB-TCNN) - zdrowie Ubezpieczonego,

- c) w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpieczonego (GRKB-POZ) - zdrowie Ubezpieczonego,

§ 6

Przedmiot świadczenia ubezpieczeniowego

1. W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego, utraty kończyn, mowy lub wzroku, poważnego zachorowania oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości odpowiadającej sumie niespłaconych rat kapitałowych przypadających zgodnie z harmonogramem spłat, w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie obejmuje zaległych rat, jakichkolwiek odsetek, kar umownych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą kredytu.
2. W sytuacji objęcia ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorcy i Współkredytobiorcy, zajście wypadku ubezpieczeniowego u jednego z nich powoduje, iż Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 1, w wysokości zgodnej z proporcją określoną w deklaracji przystąpienia. Pozostała część niespłaconego kredytu pozostaje do spłaty przez pozostałego Współkredytobiorcę.
3. Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się, w odniesieniu do wypadku ubezpieczeniowego w postaci:
 - a) śmierci Ubezpieczonego, utraty kończyn, mowy, wzroku – odpowiednio dzień śmierci Ubezpieczonego albo dzień wydania przez lekarza orzeczenia o utracie przez Ubezpieczonego wzroku, kończyn lub mowy,
 - b) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku - dzień wystąpienia nieszczęśliwego wypadku,
 - c) poważnego zachorowania Ubezpieczonego - dzień wydania przez lekarza orzeczenia o wystąpieniu poważnego zachorowania.

Rozdział II

Składka ubezpieczeniowa

§ 7

Jednolitość składki ubezpieczeniowej

1. Składka ustalana jest na jednakowych zasadach dla wszystkich Ubezpieczonych.
2. Warunki ochrony ubezpieczeniowej są jednakowe dla wszystkich Ubezpieczonych.
3. Wszyscy ubezpieczeni tworzą jedną grupę osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

§ 8

Wysokość składki ubezpieczeniowej

1. Wysokość składki stanowi iloczyn wysokości przyznanego kredytu, wskaźnika składki jednorazowej oraz liczby miesięcy na jaki zawarto umowę kredytu.
2. Wskaźnik składki ubezpieczeniowej wyliczany jest na podstawie wieku, płci, stanu zdrowia, a także liczebności grupy.
3. W przypadku, gdy umowa kredytu zawarta zostaje przez Współkredytobiorców składka ubezpieczeniowa każdego ze Współkredytobiorców obliczana jest odrębnie w zależności od proporcji w jakiej dany Współkredytobiorca odpowiada za spłatę kredytu, zgodnie z zasadami ustalonymi w ust. 1-2.

§ 9

Opłacanie składki ubezpieczeniowej

1. Z tytułu udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia finansowanej przez Ubezpieczonego składki ubezpieczeniowej. Przez opłacanie składki ubezpieczeniowej należy rozumieć naliczenie i odprowadzenie składki ubezpieczeniowej na numer rachunku bankowego Ubezpieczyciela. Ubezpieczający zobowiązany jest do naliczenia i pobrania od Ubezpieczonego środków na poczet składki ubezpieczeniowej w dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Ubezpieczyciela numer rachunku bankowego. Dla celów objęcia ochroną ubezpieczeniową za dzień zapłaty uważa się jednak dzień dokonania wpłaty środków na poczet składki ubezpieczeniowej za danego Ubezpieczonego na rachunek bankowy Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do odprowadzenia naliczonych składek ubezpieczeniowych w terminie do 10 – go dnia kalendarzowego miesiąca następującego po miesiącu, w którym składka ubezpieczeniowa została naliczona i pobrana.
4. Składka ubezpieczeniowa za poszczególnych Ubezpieczonych opłacana jest jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

§ 10

Wysokość wskaźnika składki ubezpieczeniowej

Wysokość wskaźników składki ubezpieczeniowej na poszczególne warianty ubezpieczenia wskazane w § 4 ust. 2 zostały określone w umowie ubezpieczenia.

§ 11

Zmiana wysokości wskaźnika składki ubezpieczeniowej

1. W przypadku zmiany warunków służących określeniu wskaźnika składki ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel może zaproponować zmianę wysokości wskaźnika składki ubezpieczeniowej.
2. Zmieniony wskaźnik składki ubezpieczeniowej obowiązuje w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych.

Rozdział III**Zakres i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej****§ 12****Wiek przystąpienia**

Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte osoby fizyczne, których wiek wstępu w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej będzie nie niższy niż 18 lat i nie wyższy niż 85 lat pomniejszone o okres ubezpieczenia.

§ 13**Przystąpienie do umowy ubezpieczenia**

1. Ubezpieczony wyraża na piśmie, w formie deklaracji przystąpienia składanej Ubezpieczającemu, oświadczenie o wyrażeniu woli objęcia ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia w chwili złożenia deklaracji przystąpienia Ubezpieczającemu. Jeżeli ochroną mają zostać objęci Współkredytobiorcy w deklaracjach przystąpienia oświadczają w jakiej proporcji każdy z nich jest odpowiedzialny za spłatę kredytu.
2. W przypadku nie wskazania proporcji odpowiedzialności Współkredytobiorców w spłacie kredytu Ubezpieczyciel zakłada proporcjonalny udział każdego z Współkredytobiorców.
3. Ubezpieczający obowiązany jest do sporządzania oraz przesyłania drogą elektroniczną na adres Ubezpieczyciela do 10-go dnia kalendarzowego każdego miesiąca listy osób przystępujących oraz objętych umową ubezpieczenia w poprzednim miesiącu. Lista, o której mowa w zdaniu poprzednim powinna odpowiadać wzorowi ustaleniemu przez Ubezpieczyciela.

§ 14**Okres ochrony**

W odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, okres ochrony ubezpieczeniowej jest równy okresowi na jaki został zaciągnięty kredyt, jednak jest nie dłuższy, niż do wystąpienia przynajmniej jednej z poniższych okoliczności:

- a) do 85 roku życia Kredytobiorcy lub Współkredytobiorcy, lub
- b) upływu 60 miesięcy od daty początku ochrony ubezpieczeniowej.

§ 15**Ochrona ubezpieczeniowa**

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po opłaceniu składki ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po dniu złożenia deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego.
2. W okresie pierwszych 30 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel będzie ponosić ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci, Ubezpieczonego, jeżeli będzie on następstwem nieszczęśliwego wypadku, zawału serca albo udaru mózgu.
3. W okresie pierwszych 90 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel będzie ponosić ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, tylko w przypadku jeżeli będzie ono następstwem nieszczęśliwego wypadku.

§ 16**Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej**

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich ryzyk objętych ochroną w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia,
 - b) w dniu, w którym wygasają roszczenia Kredytodawcy wobec Ubezpieczonego z tytułu umowy kredytu, nie później jednak niż w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia,
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 lat,
 - e) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - f) w dniu wystąpienia zdarzeń, o których mowa w §4 ust. 4. pkt. a), b) i c), jeśli przyznano z tytułu ich wystąpienia świadczenie z umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania wygasa, poza przypadkami wskazanymi w ust. 1, także w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku wygasa, poza przypadkami wskazanymi w ust. 1, także w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
4. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia z zachowaniem 3-miesięcznego terminu, którego początek przypada na pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone w formie pisemnej oświadczenie o zrezygnowaniu przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej. Z dniem upływności powyższego terminu Ubezpieczony występuje z umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie zostanie złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o fakcie wystąpienia przez Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia niezwłocznie po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym zakresie.

§ 17**Ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej**

1. Górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wszystkich ubezpieczeń związanych z umową kredytu w rozumieniu §2 pkt. 5) i 6) wynosi 80.000 zł (słownie: osiemdziesiąt tysięcy złotych)
2. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednej osoby w związku z tą samą umową kredytu – zgodnie z § 6 ust 2 – ograniczenie, o którym mowa w ust 1 stosuje się odpowiednio łącznie do liczby osób przystępujących do ubezpieczenia a górna granica odpowiedzialności dla wszystkich Ubezpieczonych wynosi 80.000 zł (słownie: osiemdziesiąt tysięcy złotych).

§ 18**Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej**

1. W odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpieczyciel odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - a) w wyniku pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwym, używania nie zaleconych przez lekarza środków odurzających lub substancji psychotropowych, jeżeli Ubezpieczony pozostając w tym stanie przyczynił się w znacznym stopniu do powstania wypadku ubezpieczeniowego lub nie zapobiegł skutkom jego wystąpienia,
 - b) w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,
 - c) wskutek skażenia radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej,
 - d) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach zbrojnych lub aktach przemocy,
 - e) w wyniku leczenia i zabiegów leczniczych, o ile wykonywane były przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji,
 - f) w okresie trzech lat od przystąpienia do ubezpieczenia i był konsekwencją bezpośrednią lub pośrednią choroby istniejącej i zdiagnozowanej przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; wyłączenie to stosuje się tylko wobec Ubezpieczonych, dla których wartość sumy ubezpieczenia przekraczała 50.000zł.
 - g) wskutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności.
2. W odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, poważnego zachorowania oraz utraty mowy, kończyn lub wzroku a także śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadkach wskazanych w ust. 1, a także wówczas, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - a) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - b) wskutek usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - c) w wyniku leczenia oraz zabiegów leczniczych, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - d) w wyniku wszelkich chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych,
 - e) w wyniku uprawiania niebezpiecznych sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu,
 - f) wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV,
 - g) w wyniku prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień potwierdzonych odpowiednim prawem jazdy lub innym dokumentem uprawniającym do prowadzenia danego pojazdu,
 - h) w wyniku wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - i) w wyniku prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwym.

Rozdział IV**Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego****§ 19****Zawiadomienie**

1. Uposażony zobowiązany jest zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu wypadku ubezpieczeniowego oraz podać przyczynę jego zajścia niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 90-ciu dni kalendarzowych od dnia otrzymania wiadomości o okoliczności jego zajścia. W przypadku gdy na skutek naruszenia tego obowiązku – bez względu na to czy naruszenie to miało charakter zawiniony czy też nie - niemożliwe jest w postępowaniu likwidacyjnym ustalenie okoliczności lub skutków wypadku – Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego bądź jego części. Nie uchybia to możliwości otrzymania przez osobę uprawnioną świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy osoba uprawniona udowodni zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia
2. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1 Uposażony zobowiązany jest wysłać na adres siedziby Ubezpieczyciela.
3. Uposażony zobowiązany jest także do niezwłocznego zgłoszenia na piśmie roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego (wniosek o wypłatę świadczenia).
4. Poza dokumentami wskazanymi w ust. od 5 do 7, podstawą wypłaty świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest otrzymanie przez Ubezpieczyciela deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu oraz kopii umowy kredytu.
5. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego jest złożenie:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,

- b) aktu zgonu albo uwierzytelnionego przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - c) karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu Ubezpieczonego,
 - d) dokumentu potwierdzającego stan zadłużenia kredytowego Ubezpieczonego na dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenia lekarskie, protokoły policji itp.) – w przypadku, gdy śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) poświadczonych kopii umowy lub innego dokumentu określającego proporcję w jakiej dany Współkredytobiorca jest odpowiedzialny za spłatę kredytu bądź dokumentu, z którego wynika fakt odpowiedzialności solidarnej Kredytobiorcy i Współkredytobiorców.
6. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie poważnego zachorowania, utraty mowy, wzroku lub kończyn jest złożenie:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania, utratę mowy, wzroku lub kończyn (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, kopia historii choroby),
 - c) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - d) dokumentu potwierdzającego stan zadłużenia kredytowego Ubezpieczonego na dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenia lekarskie, protokoły policji itp.) – w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
7. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest złożenie:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie utraty zdrowia (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, kopia historii choroby),
 - c) orzeczenia organu emerytalno – rentowego (lekarza orzecznika) o niezdolności do pracy,
 - d) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - e) dokumentu potwierdzającego stan zadłużenia kredytowego Ubezpieczonego na dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - f) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenia lekarskie, protokoły policji itp.)
8. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel poinformuje o tym Uposażonego lub inną osobę uprawnioną (chyba że osoby te same składają zawiadomienie o wypadku ubezpieczeniowym) oraz przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także poinformuje Uposażonego lub inną osobę Uprawnioną, pisemnie lub w inny sposób na który wyrażona została zgoda, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela jak i wysokości świadczenia.
9. Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Ubezpieczyciel nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Ubezpieczyciela we własnym zakresie.
10. Uposażony lub inna osoba uprawniona na żądanie Ubezpieczyciela powinna wykazać swoje uprawnienia oraz udzielić Ubezpieczycielowi wszelkich wyjaśnień.

§ 20

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Ubezpieczyciel obowiązany jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni kalendarzowych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część

świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.

§ 21

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie jednorazowej na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numeru rachunku bankowego.

§ 22

Uposażony

1. Ubezpieczający wskazuje Kredytodawcę jako podmiot uposażony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia. W każdym momencie trwania umowy Ubezpieczający może dokonać zmiany osoby uposażonej.
2. Przystępując do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony wyraża zgodę na wyznaczenie Kredytodawcy jako Uposażonego w ramach umowy ubezpieczenia. Każda zmiana Uposażonego wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.

§ 23

Podstawa odmowy wypłaty świadczenia

Ubezpieczyciel odmawiając wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego podaje podstawę prawną i faktyczną odmowy wypłaty.

Rozdział V

Postanowienia końcowe

§ 24

Oświadczenia

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że Ubezpieczający nie może być jego pełnomocnikiem.
2. Ubezpieczający oraz Ubezpieczyciel składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Zmiany w danych powinny być zgłaszane niezwłocznie na piśmie. W przypadku nie powiadomienia o zmianie miejsca zamieszkania albo siedziby, przyjmuje się, że oświadczenia skierowane pod ostatnie wskazane miejsce zamieszkania albo siedziby wywierają skutki prawne po upływie 30-u dni kalendarzowych od dnia jego wysłania.

§ 25

Zmiana treści umowy ubezpieczenia

Zmiana i uzupełnienie treści umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 26

Właściwość sądowna

1. Jeżeli Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do wysokości przyznanego świadczenia albo co do odmowy zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Ubezpieczyciela.
2. Zarząd Ubezpieczyciela jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego, Uposażonego lub inną osobę uprawnioną o wyniku postępowania odwoławczego w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania wniosku.
3. Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
4. 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, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 28

Odesłanie

1. W sprawach nie uregulowanych umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.