

Warunki ubezpieczenia
na życie oraz na wypadek
trwałej i całkowitej
niezdolności do pracy

Warunki ubezpieczenia
na wypadek utraty pracy
oraz leczenia szpitalnego
następstw nieszczęśliwego
wypadku

kredytobiorców Banku Pocztowego S.A.



WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ORAZ NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

kredytobiorców Banku Pocztowego S.A.



Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców Kredytów i Pożyczkobiorców Pożyczek Hipotecznych udzielanych przez Bank Pocztowy S.A. nr 8/2010/POCZTOWY/UU zawartej dnia 22 stycznia 2010 r., na podstawie której Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna będzie udzielać ochrony ubezpieczeniowej osobom, którym Bank Pocztowy Spółka Akcyjna udzielił kredytu hipotecznego lub pożyczki hipotecznej (dalej „Umowa ubezpieczenia”).

§ 1. DEFINICJE

Ilekoć poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Bank lub Ubezpieczający** – BANK POCZTOWY Spółka Akcyjna z siedzibą w Bydgoszczy;
- 2) **deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia** – oświadczenie woli Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, będące potwierdzeniem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową;
- 3) **kredyt** – kredyt lub pożyczka, których docelowym zabezpieczeniem jest hipoteka na nieruchomości, udzielone zgodnie z regulacjami Banku;
- 4) **kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu więcej niż jednemu Kredytobiorcy postanowienia Warunków ubezpieczenia stosują się odpowiednio do wszystkich Kredytobiorców o ile Warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej;
- 5) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia;
- 6) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela;
- 7) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia;
- 9) **Ubezpieczyciel** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Prostej 70 (Aviva TUnŻ);

- 10) **umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu;
- 11) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Bankiem;
- 12) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 13) **nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- 14) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - całkowita, trwała i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, stwierdzona przyznaniem przez właściwy organ rentowy prawa do renty stałej, zgodnie z przepisami dotyczącymi ubezpieczeń społecznych;
- 15) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego wskutek jakiejkolwiek przyczyny, Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy.

§ 2

ZAWARCIE ORAZ CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawarta jest na czas nieokreślony i wchodzi w życie z dniem jej podpisania.
2. Ubezpieczający może rozwiązać Umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 3 -miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 3

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do zapłaty określonych w Warunkach ubezpieczenia świadczeń ubezpieczeniowych w razie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia;
 - 2) powstania w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy.

§ 4

PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy Kredytobiorca zawierający z Bankiem daną Umowę kredytu, którego wiek powiększony o okres kredytowania wskazany w Umowie kredytu

w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza **75 lat**.

2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową jest złożenie podpisanej **Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia wraz z oświadczeniem o stanie zdrowia Kredytobiorcy**. W przypadku braku podpisu pod oświadczeniem o stanie zdrowia złożenie Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia jest nieskuteczne.
3. W przypadku gdy przypadająca **na danego Kredytobiorcę** suma ubezpieczenia jest równa lub wyższa niż **600 000 zł (słownie: sześćset tysięcy złotych)**, a w przypadku Kredytu wyrażonego w walucie obcej – równowartość tej kwoty w złotych, przeliczona według średniego kursu NBP obowiązującego na dzień złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową może nastąpić wyłącznie za zgodą Ubezpieczyciela, który przed wyrażeniem takiej zgody ma prawo zażądać poddania się przez Kredytobiorcę badaniom lekarskim z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Ubezpieczyciela. Za dzień wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na objęcie Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową uważa się dzień doręczenia Ubezpieczającemu przedmiotowej zgody.
4. Kredytobiorca w dniu przystąpienia do ubezpieczenia składa oświadczenie w przedmiocie wyrażenia zgody na objęcie ubezpieczeniem oraz następujące oświadczenia:
 - 1) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie przez Aviva TUnŻ jego danych osobowych jako administratora tych danych;
 - 2) o upoważnieniu Banku do przekazania Ubezpieczycielowi oraz Aviva Sp. z o.o., podmiotowi działającemu na rzecz Ubezpieczyciela, informacji dotyczących Umowy kredytu, stanowiących tajemnicę bankową w rozumieniu art. 104 z dnia 29 sierpnia 1997 r. – ustawy Prawo bankowe (tj. Dz.U. z 2002r., Nr 72, poz. 665 z późn. zm.), wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do wykonywania Umowy ubezpieczenia i wypłaty ewentualnego świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) o wyrażeniu zgody na przekazanie Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego, w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 4) o wyrażeniu zgody na zasięganie przez Aviva TUnŻ u innych ubezpieczycieli, w zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy, informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego oraz weryfikacji podanych przez niego danych oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z Umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń;
 - 5) o wyrażeniu zgody na przekazywanie i udostępnianie informacji, o których mowa w pkt. 4) Bankowi, Uposażonemu lub innemu uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia, w przypadkach kiedy obowiązek taki wynikał będzie z obowiązujących przepisów;

- 6) o wyrażeniu zgody na wzajemne przekazywanie pomiędzy spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. swoich danych osobowych oraz treści oświadczeń złożonych przez niego , a także na połączenie tych danych;
 - 7) o stanie zdrowia.
5. W przypadku Kredytów udzielanych więcej niż jednemu Kredytobiorcy do ubezpieczenia mogą przystąpić wyłącznie wszyscy Kredytobiorcy danego Kredytu, o ile spełniają warunki przystąpienia do ubezpieczenia określone w ust. 1-4.
 6. Odstępstwa od zasad przystępowania określonych w ust. 1-4, wymagają indywidualnej zgody Ubezpieczyciela.
 7. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Kredytobiorcy Warunków ubezpieczenia, przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

§ 5

OKRES UBEZPIECZENIA

1. W stosunku do osób nie będących Kredytobiorcami w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, Okres ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem wypłaty Kredytu (lub jego pierwszej transzy), nie wcześniej jednak niż z dniem następującym po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. W stosunku do osób będących w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Kredytobiorcami, Okres ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem następującym po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. W przypadku, o którym mowa w § 4 ust. 3 Okres ubezpieczenia w stosunku do osób, o których mowa w zdaniach poprzedzających rozpoczyna się zawsze nie wcześniej niż w dniu wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na objęcie danej osoby Ochroną ubezpieczeniową.
2. Okres ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego kończy się w przypadku zajścia pierwszego z następujących zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci;
 - 2) wystąpienia u Ubezpieczonego Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy skutkującej wypłatą świadczenia – z dniem przyznania przez właściwy organ rentowy prawa do renty stałej;
 - 3) rozwiązania Umowy kredytu – z dniem jej rozwiązania;
 - 4) spłaty pełnej kwoty Kredytu przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa kredytu – z dniem jej spłaty;
 - 5) rozwiązania Umowy ubezpieczenia – z dniem jej rozwiązania;
 - 6) nieopłacenia przez Ubezpieczającego należnych Ubezpieczycielowi składek ubezpieczeniowych za tego Ubezpieczonego – z upływem drugiego okresu rozliczeniowego, za który składka była należna, a nie została opłacona; przy czym za nieopłaconą składkę uważa się również składkę

ubezpieczeniową opłaconą w niepełnej wysokości – z upływem tego terminu;

- 7) rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym została złożona rezygnacja;
 - 8) ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - 9) nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych, uprawnień do renty stałej – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do świadczeń emerytalnych, uprawnień do renty stałej lub z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w zakresie ubezpieczenia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.
 - 10) w odniesieniu do kredytów udzielanych więcej niż jednemu Kredytobiorcy Ochrona ubezpieczeniowa kończy się względem wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego wypłatą świadczenia ostatniemu z Kredytobiorców.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu stosowne oświadczenie. Rezygnacja jest skuteczna z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.
 4. Z wyłączeniem sytuacji wskazanych w ust. 2 pkt. 1, 2, 8 i 9 zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do jednego z Kredytobiorców w ramach danej Umowy kredytu powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Kredytobiorców w ramach danej Umowy kredytu.
 5. Ponowne przystąpienie Kredytobiorców do ubezpieczenia w ramach tej samej Umowy kredytu możliwe jest po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczyciela. W przypadku Kredytów udzielanych więcej niż jednemu Kredytobiorcy ponowne przystąpienie do ubezpieczenia odbywa się na zasadach określonych w § 4, pod warunkiem uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczyciela.
 6. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca danemu Ubezpieczonemu ulegnie zakończeniu z powodu wcześniejszego rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Umowy kredytu lub rezygnacji z ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot części składki opłaconej z tytułu ubezpieczenia za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
 7. W przypadku zawarcia przed Kredytobiorcą będącego w tym czasie Ubezpieczonym, aneksu do Umowy kredytu mającego na celu podwyższenie kwoty Kredytu, udzielana temu Ubezpieczonemu Ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana o ile w dniu zawarcia aneksu podwyższającego kwotę Kredytu spełnia on kryteria określone w § 4 ust. 1-2. Jeżeli na dzień zawar-

cia aneksu podwyższającego kwotę Kredytu Kredytobiorca nie spełnia kryteriów określonych w § 4 ust. 1-2, dotychczasowa Ochrona ubezpieczeniowa ulega zakończeniu w tym dniu, a ponowne objęcie Ochroną ubezpieczeniową tego Kredytobiorcy może nastąpić wyłącznie za zgodą Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 4 ust. 3. W przypadku udzielenia Kredytu więcej niż jednemu Kredytobiorcy postanowienia niniejszego ustępu stosują się odpowiednio do wszystkich Kredytobiorców.

§ 6

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci i Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego równa jest sumie:
 - 1) kapitału Kredytu pozostającego do spłaty w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku Kredytu wyrażonego w walucie obcej: równowartości kapitału Kredytu w złotych, przeliczona według średniego kursu NBP obowiązującego:
 - a) w dniu rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w okresie pierwszych 36-ciu miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) w dniu płatności raty Kredytu w danym miesiącu, jeśli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w trakcie kolejnych miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej następujących po pierwszych 36-ciu miesiącach trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) odsetek według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni;
 - 3) odsetek karnych według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 90 dni;
 - 4) opłat i prowizji przewidzianych taryfą Ubezpieczającego naliczonych w okresie od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższym niż 120 dni

podzielonej przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu, w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż wartość wynikającego z Umowy kredytu salda zadłużenia w dniu rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 oraz 4, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci i Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1.

3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu udzielonej ochrony w zakresie Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na śmierci danego Ubezpieczonego, ograniczona jest do kwoty:
- 1) **1 000 000 złotych** (słownie: jeden milion złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie przystąpienia do ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 18 lat i nie przekracza 55 lat;
 - 2) **250 000 złotych** (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie przystąpienia do ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 55 lat i nie przekracza 60 lat;
 - 3) **75 000 złotych** (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie przystąpienia do ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 60 lat i nie przekracza 75 lat;

bez względu na liczbę zawartych przez danego Ubezpieczonego Umów kredytu, w związku z którymi został on objęty Ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia, oraz łączną wartość udzielonego Kredytu.

4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu udzielonej ochrony w zakresie Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, w stosunku do danego Ubezpieczonego, ograniczona jest do kwoty:
- 1) **500 000 złotych** (słownie: pięćset tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie przystąpienia do ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 18 lat i nie przekracza 55 lat;
 - 2) **250 000 złotych** (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie przystąpienia do ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 55 lat i nie przekracza 60 lat;
 - 3) **75 000 złotych** (słownie: siedemdziesiąt pięć tysięcy złotych) w odniesieniu do Kredytobiorców, których wiek w momencie przystąpienia do ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 60 lat i nie przekracza 65 lat;

bez względu na liczbę zawartych przez danego Ubezpieczonego Umów Kredytu, w związku z którymi został on objęty Ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia, oraz łączną wartość udzielonego Kredytu.

§ 7

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W okresie **24 miesięcy** od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanych przed objęciem Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową, o ile Ubezpieczony nie został poddany badaniom lekarskim zgodnie z § 4 ust. 3 Warunków ubezpieczenia.

2. W okresie **12 miesięcy** od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi na skutek samobójstwa lub wskutek umyślnego samouszkodzenia ciała bądź umyślnego wywołania rozstroju zdrowia.
3. Świadczenie należne z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie ponadto wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego wystąpi:
 - 1) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 1 aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
4. Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego wystąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, nie zaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy;
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich;
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań terrorystycznych, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - 6) jako bezpośredni lub pośredni rezultat świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt 5 aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 7) jako wynik udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów spadochronowych, lotniczych, motorowych, motorowodnych, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping);
 - 8) jako wynik udziału Ubezpieczonego w wyścigach wszelkiego rodzaju, poza lekkoatletyką i pływaniem;

- 9) jako wynik zakażenia Ubezpieczonego HIV, chyba, że zakażenie nie było udziałem świadomego i dobrowolnego przyzwolenia np.: zarażenie poprzez transfuzję krwi;
 - 10) w jakimkolwiek związku z chorobą psychiczną Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 11) jako skutek stanów chorobowych bądź urazów rozpoznanych lub leczonych u Ubezpieczonego przed dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego albo o których występowaniu w tym czasie Ubezpieczony wiedział;
5. W okresie pierwszych dwóch miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przysługującej danemu Ubezpieczonemu Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wyłącznie w przypadku powstania Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy na skutek Nieszczęśliwego wypadku.

§ 8

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O ZAPŁATĘ ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu od osoby dochodzącej roszczenia zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoba dochodząca roszczenia o zapłatę świadczenia powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia na podstawie dokumentów określonych w ust. 2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczającego o otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym przez osobę dochodzącą roszczenia.
2. W celu wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego osoba uprawniona zobowiązana jest złożyć następujące dokumenty:
 - 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - 2) oświadczenie Ubezpieczającego o stanie zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu niespłaconego Kredytu (kapitału) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wysokości kwot, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt. 2-4 w dniu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia;
 - 3) kopię Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i Umowy kredytu, do której dostarczenia zobowiązany jest Ubezpieczający;
 - 4) numer rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela;
 - 5) odpis skrócony aktu zgonu, a w razie śmierci Ubezpieczonego za granicą, aktu zgonu uwierzytelnionego przez polską placówkę dyplomatyczną lub w formie apostille;
 - 6) kopię karty zgonu;

- 7) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej będącej osobą fizyczną;
 - 8) inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne dla oceny zasadności roszczenia lub wypłaty świadczenia.
3. W celu wypłaty świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
- 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
 - 2) oświadczenie Ubezpieczającego o stanie zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu niespłaconego Kredytu (kapitału) w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wysokości kwot, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt. 2-4 w dniu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia;
 - 3) w razie Zdarzenia ubezpieczeniowego, które nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, raport Policji lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) kopię Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i Umowy kredytu, do której dostarczenia zobowiązany jest Ubezpieczający;
 - 5) numeru rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela;
 - 6) kopię dokumentu wydanego przez organ rentowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, stwierdzającego Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
 - 7) inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne dla oceny zasadności roszczenia lub wypłaty świadczenia.
4. Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest Uposażonym w złotych, na rachunek wskazany przez Uposażonego.
5. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest Uposażonym wskazanym przez Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w świadczeniu. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

- Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której dokonał on cesji praw do świadczenia.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie było w tym terminie możliwe, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe, jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 9

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

- Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
- Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 10

SKARGI I ZAŻALENIA

- Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.
- Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
- Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30. dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14. dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
- O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.
- Skargi mogą być również składane do Rzecznika Ubezpieczonych. Sposób i tryb rozpatrywania tych skarg regulują właściwe przepisy.

§ 11
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Umową ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w Umowie ubezpieczenia stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa.

WARUNKI UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY PRACY ORAZ LECZENIA SZPITALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

kredytobiorców Banku Pocztowego S.A.



Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Grupowego Ubezpieczenia Kredytobiorców Banku Pocztowego S.A. nr 9/2010/POCZTOWY/UU z dnia 22 stycznia 2010 roku, na podstawie której Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna będzie udzielać ochrony ubezpieczeniowej osobom, którym Bank Poczty Spółka Akcyjna udzielił kredytu hipotecznego lub pożyczki hipotecznej (dalej „Umowa ubezpieczenia”).

§ 1. DEFINICJE

Ilekoć poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **aktywność zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, doradztwa, stosunku członkostwa w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, działalności gospodarczej, w tym prowadzonej wraz z innymi osobami, działalności wytwórczej w rolnictwie; za aktywność zarobkową nie jest uważana sprzedaż rzeczy stanowiących osobisty majątek oraz praca twórcza Ubezpieczonego, chyba że stanowi ona zwykły sposób zarabkowania;
- 2) **Bank lub Ubezpieczający** – BANK POCZTOWY Spółka Akcyjna z siedzibą w Bydgoszczy;
- 3) **deklaracja przystąpienia do Pakietu ubezpieczeń** – oświadczenie woli Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, będące potwierdzeniem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową;
- 4) **kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę kredytu. W przypadku udzielenia jednego Kredytu więcej niż jednemu Kredytobiorcy postanowienia warunków ubezpieczenia stosują się odpowiednio do wszystkich Kredytobiorców, o ile warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej;
- 5) **kredyt** – kredyt lub pożyczka, których docelowym zabezpieczeniem jest hipoteka na nieruchomości, udzielone zgodnie z regulacjami Banku;
- 6) **leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwego wypadku** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, spowodowany leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, potwierdzony dokumen-

tacją leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie co najmniej 30 dni; dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a ostatni dzień wypisu ze szpitala;

- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszczerbku na zdrowiu wymagającego leczenia szpitalnego bądź po odbyciu takiego leczenia zmarł; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się chorób, nawet takich które występują nagle, w szczególności wskutek zawału serca lub udaru mózgu; nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;
- 8) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia;
- 9) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela;
- 10) **osoby bliskie względem Ubezpieczonego** – małżonek Ubezpieczonego, osoba pozostająca z nim w konkubinacie, dzieci, rodzice i rodzeństwo Ubezpieczonego, małżonkowie dzieci i rodzeństwa Ubezpieczonego, rodzice i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz małżonka Ubezpieczonego;
- 11) **rata kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie kredytu, obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianego Umową kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki;
- 12) **status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego w powiatowym urzędzie pracy, która w myśl ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz. U. z 2008 r., Nr 69, poz. 415 ze zm.) spełnia warunki do otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych;
- 13) **stan po spożyciu alkoholu** – stan powstały w wyniku wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 14) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 15) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego; w rozumieniu niniejszych Warunków ubezpieczenia pojęcie to nie obejmuje domu opieki dla przewlekle chorych, hospicjum – także onko-

logicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, ośrodków sanatoryjnych, uzdrowiskowych ani wypoczynkowych.

- 16) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia;
- 17) **Ubezpieczyciel** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, przy ul. Prostej 70 (Aviva TUO);
- 18) **umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu;
- 19) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Bankiem;
- 20) **utrata pracy** – zdarzenie polegające na mającej miejsce w Okresie ubezpieczenia:
 - a) w przypadku osób pozostających w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której posiadają więcej niż 10% kapitału zakładowego – utracie pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę z powodu ogłoszenia upadłości tej spółki lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego;
 - b) w przypadku osób pozostających w stosunku pracy z podmiotami innymi niż wymienione w lit. a) – utracie pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę z powodu wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę albo rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika;
 - c) w przypadku osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą – wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z Ewidencji Działalności Gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz. U. z 2007 r., Nr 155, poz. 1095 ze zm.) ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał w tym okresie Status bezrobotnego; za dzień Utraty pracy przyjmuje się dzień nabycia przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
- 21) **wyczynowe uprawianie sportu** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach lub treningach przygotowujących do zawodów.
- 22) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym,

organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub

- b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
- c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.

23) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na Utracie pracy przez Ubezpieczonego lub Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku.

§ 2

ZAWARCIE ORAZ CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

- 1. Umowa ubezpieczenia zawarta jest na czas nieokreślony i wchodzi w życie z dniem jej podpisania.
- 2. Ubezpieczający i Ubezpieczyciel mogą rozwiązać Umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym doręczono oświadczenie o wypowiedzeniu, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

§ 3

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
 - 1) Utrata pracy przez Ubezpieczonego – w odniesieniu do Kredytobiorców nie posiadających uprawnień do emerytury ani renty stałej,albo
 - 2) Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwego wypadku – w odniesieniu do Kredytobiorców posiadających uprawnienia do emerytury lub renty stałej.
- 2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do zapłaty określonych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia świadczeń w razie mających miejsce w Okresie ubezpieczenia, odnoszącym się do danego Ubezpieczonego następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
 - 1) Utraty pracy przez tego Ubezpieczonego w przypadku, gdy okres posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego trwa w Okresie ubezpieczenia przynajmniej trzydzieści dni - w odniesieniu do Kredytobiorców nie posiadających uprawnień do emerytury ani renty stałej,albo

- 2) Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku w przypadku gdy pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwa w Okresie ubezpieczenia nieprzerwanie co najmniej 30 dni – w odniesieniu do Kredytobiorców posiadających uprawnienia do emerytury lub renty stałej.

§ 4

PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy Kredytobiorca, zawierający z Bankiem daną Umowę kredytu:
 - 1) którego wiek powiększony o okres kredytowania wskazany w Umowie kredytu w dniu złożenia **Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia** nie przekracza 75 lat,
 - 2) którego charakter prowadzenia Aktywności zarobkowej pozwoli na uzyskanie Statusu bezrobotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i na podstawie przepisów polskiego prawa albo który posiada uprawnienia do emerytury lub renty stałej,
 - 3) który obejmowany jest ubezpieczeniem na wypadek śmierci oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na życie oraz na wypadek trwałej całkowitej niezdolności do pracy Kredytobiorców Banku Pocztowego S.A. NR 8/2010/POCZTOWY/UU z dnia 22 stycznia 2010 roku.
2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową jest złożenie podpisanej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Kredytobiorca w dniu przystąpienia do ubezpieczenia składa oświadczenie w przedmiocie wyrażenia zgody na objęcie ubezpieczeniem oraz następujące oświadczenia:
 - 1) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie przez Aviva TUO jego danych osobowych jako administratora tych danych;
 - 2) o upoważnieniu Banku do przekazania Ubezpieczycielowi oraz Aviva Sp. z o.o., podmiotowi działającemu na rzecz Ubezpieczyciela, informacji dotyczących Umowy kredytu, stanowiących tajemnicę bankową w rozumieniu art. 104 z dnia 29 sierpnia 1997 r. - ustawy Prawo bankowe (tj. Dz.U. z 2002r., Nr 72, poz. 665 z późn. zm.), wyłącznie w celu i w zakresie niezbędnym do wykonywania Umowy ubezpieczenia i wypłaty ewentualnego świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 3) o wyrażeniu zgody na przekazanie Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego, w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 4) o wyrażeniu zgody na zasięganie przez Aviva TUO u innych ubezpieczycieli, w zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy, informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego oraz weryfikacji podanych przez niego danych oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z Umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń;

- 5) o wyrażeniu zgody na przekazywanie i udostępnianie informacji, o których mowa w pkt. 4) Bankowi lub innemu uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia, w przypadkach kiedy obowiązek taki wynikał będzie z obowiązujących przepisów.
 - 6) o wyrażeniu zgody na wzajemne przekazywanie pomiędzy spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. oraz spółką Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. swoich danych osobowych oraz treści oświadczeń złożonych przez niego, a także na połączenie tych danych.
4. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy Kredytobiorca zawierający z Bankiem daną Umowę kredytu. W przypadku kredytów udzielanych więcej niż jednemu Kredytobiorcy, w ramach danej Umowy kredytu, do ubezpieczenia przystępują wszyscy Kredytobiorcy danego Kredytu.
 5. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Kredytobiorcy Warunków ubezpieczenia, przed przystąpieniem przez Kredytobiorcę do ubezpieczenia.

§ 5

OKRES UBEZPIECZENIA

1. W stosunku do osób nie będących Kredytobiorcami w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, Okres ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem wypłaty Kredytu (lub jego pierwszej transzy), nie wcześniej jednak niż z dniem następującym po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. W stosunku do osób będących w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Kredytobiorcami, Okres ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem następującym po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego kończy się w przypadku zajścia pierwszego z następujących zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z dniem śmierci;
 - 2) rozwiązania Umowy kredytu – z dniem jej rozwiązania;
 - 3) spłaty pełnej kwoty Kredytu przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa kredytu – z dniem jej spłaty;
 - 4) rozwiązania Umowy ubezpieczenia – z dniem jej rozwiązania,
 - 5) nieopłacenia przez Ubezpieczającego należnych Ubezpieczycielowi składek ubezpieczeniowych za tego Ubezpieczonego – z upływem drugiego okresu rozliczeniowego, za który składka była należna, a nie została opłacona; przy czym za nieopłaconą składkę uważa się również składkę ubezpieczeniową opłaconą w niepełnej wysokości – z upływem tego terminu;
 - 6) rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym została złożona rezygnacja;

- 7) ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - 8) w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy: ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia – z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - 9) w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy: nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych, uprawnień do renty stałej – z dniem, w którym przyznane zostały uprawnienia emerytalne lub rentowe.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu stosowne oświadczenie. Rezygnacja jest skuteczna z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.
 4. Z wyłączeniem sytuacji wskazanych w ust. 2 pkt. 1, 7, 8 zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do jednego z Kredytobiorców w ramach danej Umowy kredytu powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do pozostałych Kredytobiorców w ramach tej Umowy kredytu.
 5. Ubezpieczony zobowiązany jest na piśmie poinformować niezwłocznie Ubezpieczającego o uzyskaniu uprawnień emerytalnych lub rentowych.
 6. Ponowne przystąpienie Kredytobiorców do ubezpieczenia w ramach tej samej Umowy kredytu możliwe jest po uzyskaniu uprzedniej zgody Ubezpieczyciela. W przypadku Kredytów udzielanych więcej niż jednemu Kredytobiorcy, w ramach danej Umowy kredytu ponowne przystąpienie do ubezpieczenia odbywa się na zasadach określonych w § 4, pod warunkiem uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczyciela.
 7. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca danemu Ubezpieczonemu ulegnie zakończeniu z powodu wcześniejszego rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Umowy kredytu lub rezygnacji z ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot części składki opłaconej z tytułu ubezpieczenia za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 6

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2-5, Suma ubezpieczenia na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe polegające na Utracie pracy przez Ubezpieczonego w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu równa jest odpowiednio:
 - 1) łącznej wysokości 12 Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie pracy przez Ubezpieczonego – w przypadku pierwszego trzyletniego Okresu ubezpieczenia;

- 2) łącznej wysokości **12** Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie pracy przez Ubezpieczonego na każdy kolejny trzyletni okres obowiązywania ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 5, w przypadku, gdy do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie pracy przez Ubezpieczonego pozostaje mniej niż 12 rat Kredytu, suma ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy równa jest łącznej wysokości wszystkich rat Kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z harmonogramem spłaty Kredytu.
3. Z zastrzeżeniem ust. 5, w przypadku Utraty pracy przez osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego zawartego na czas określony, Towarzystwo spełniałoby świadczenia miesięczne, jednakże nie dłużej niż do miesiąca, w którym wygasłaby umowa o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menadżerski zawarte na czas określony, gdyby Utrata pracy nie nastąpiła.
4. Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń w stosunku do danego Ubezpieczonego ograniczona jest do kwoty **100 000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych)** na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe w odniesieniu do całego okresu obowiązywania ubezpieczenia, bez względu na liczbę zawartych przez Ubezpieczonego Umów o kredyt, w związku z którymi został on objęty ochroną ubezpieczeniową oraz ich łączną wartość.
5. W przypadku objęcia Ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Kredytobiorcy w ramach jednej Umowy kredytu, wysokość sum ubezpieczenia i świadczeń określonych w ust. 1 - 3 oraz w ust. 6 jest dzielona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.
6. Z zastrzeżeniem ust.4 i 5, Suma ubezpieczenia na jedno i wszystkie Zdarzenia ubezpieczeniowe polegające na Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu równa jest odpowiednio:
 - 1) łącznej wysokości **12** Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym następstw Nieszczęśliwego wypadku – w przypadku pierwszego trzyletniego Okresu ubezpieczenia;
 - 2) łącznej wysokości **12** Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku na każdy kolejny trzyletni okres obowiązywania ubezpieczenia.

§ 7

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Z zastrzeżeniem ust. 5, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie pracy

przez Ubezpieczonego równe jest kwocie łącznej wysokości Rat Kredytu, których termin płatności przypada w okresie przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego, mającego miejsce w trakcie ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Utracie pracy przez Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż Suma ubezpieczenia określona w §. 6 ust. 4 z zastrzeżeniem ust. 6.

2. Z zastrzeżeniem ust. 5, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku równe jest kwocie łącznej wysokości Rat Kredytu, których termin płatności przypada w lub po okresie pobytu w szpitalu, mającym miejsce w okresie ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku przez Ubezpieczonego, nie wyższej jednak niż Suma ubezpieczenia określona w § 6 ust. 6, z zastrzeżeniem ust.8.
3. W przypadku Kredytu wyrażonego w walucie obcej, podstawą do obliczenia świadczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego jest wysokość Raty Kredytu w walucie obcej przeliczona na złote polskie według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należne jest w ratach miesięcznych. Częstotliwość wypłaty rat świadczenia oraz ich wysokość odpowiada wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Wysokości Rat Kredytu stanowiące podstawę obliczania wysokości świadczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego są dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
6. Pierwsza rata świadczenia z tytułu Utraty pracy będzie należna, jeżeli Status bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez trzydzieści dni w okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego. Każda kolejna rata świadczenia z tytułu Utraty pracy będzie należna, jeżeli Status bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie o miesiąc dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty w Okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.
7. W przypadku drugiej i każdej następnej Utraty pracy w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo spełnia świadczenia z tytułu Utraty pracy odpowiadające Ratom kredytu, których termin zapłaty przypada po 30 (słownie: trzydziestym) dniu od daty kolejnej Utraty pracy.
8. Pierwsza rata świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku będzie należna, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będzie trwał nieprzerwanie przez trzydzieści dni w Okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczo-

nego. Każda kolejna rata świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku będzie należna, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będzie trwał nieprzerwanie o miesiąc dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty w Okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.

§ 8

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Poza przypadkami określonymi przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia.
2. Ponadto z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
 - 1) upływu czasu na jaki umowa o pracę została zawarta;
 - 2) rozwiązania umowy o pracę przez pracownika w trybie jedynie powodującym skutki wypowiedzenia umowy o pracę przez pracodawcę, w szczególności w trybie opisanym w art. 231 § 4 Kodeksu pracy;
 - 3) ustania stosunku pracy wiążącego go z pracodawcą prowadzącym działalność gospodarczą, będącym Osobą bliską względem Ubezpieczonego, chyba że ustanie stosunku pracy nastąpiło z powodu wykreślenia przez osobę bliską działalności z przyczyn ekonomicznych;
 - 4) ustania stosunku pracy wiążącego go z pracodawcą, którego akcjonariuszami lub udziałowcami posiadającymi łącznie powyżej 20% udziałów albo akcji są Osoby bliskie względem Ubezpieczonego, chyba, że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych;
 - 5) ustania stosunku pracy wiążącego go z pracodawcą, którego akcjonariuszem albo udziałowcem, posiadającym powyżej 20 % odpowiednio akcji albo udziałów jest Ubezpieczony, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych lub ustanie stosunku pracy nastąpiło ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego.
3. Z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi dodatkowo odpowiedzialności:
 - 1) w okresie **3 miesięcy** od dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, jeżeli w dniu złożenia tej Deklaracji Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że może Utracić pracę;

- 2) jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenia związane z wykonywaną wcześniej pracą, w wysokości przekraczającej 50% kwoty wynagrodzenia które byłoby mu należne od pracodawcy gdyby nadal pozostawał z nim w stosunku pracy – w okresie pobierania tego świadczenia.
4. W szczególności uważa się, że w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że może Utracić pracę, jeśli w tym dniu był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, ale w okresie trzech miesięcy przed tym dniem albo w tym dniu zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - 1) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o rozwiązaniu umowy o pracę;
 - 2) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę;
 - 3) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych;
 - 4) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę.
 5. Ponadto z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli pobyt w szpitalu nastąpił:
 - 1) w związku z zażyciem przez Ubezpieczonego leków nie zaleconych przez lekarza, w związku z pozostawianiem przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy oraz wskutek zaburzeń świadomości u Ubezpieczonego;
 - 2) w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) w związku z usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała;
 - 4) podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień;
 - 5) w wyniku nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich;
 - 6) w wyniku uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku;
 - 7) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem:

- a) gdy Ubezpieczony przebywał jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - b) gdy Ubezpieczony należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu,
 - c) gdy Ubezpieczony był przewożony jako chory do lub z placówki medycznej, która jest odpowiedzialna za leczenie;
- 8) jako bezpośredni lub pośredni rezultat aktów terroryzmu, jakichkolwiek działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek;
 - 9) w wyniku świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 10) jako wynik wyczynowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego;
 - 11) jako wynik zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego;
 - 12) jako wynik udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawiania sportów motorowych, motorowodnych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, wspinaczki, speleologii, nurkowania, raftingu, skoków na linie (bungee jumping).

§ 9

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O ZAPŁATĘ ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu od osoby dochodzącej roszczenia zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoba dochodząca roszczenia o zapłatę świadczenia powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia na podstawie dokumentów określonych w ust. 2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczającego o otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym przez osobę dochodzącą roszczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe po otrzymaniu następujących dokumentów:
 - 1) wypełnionego druku zgłoszenia roszczenia,
 - 2) kopii Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i Umowy kredytu, do której dostarczenia zobowiązany jest Ubezpieczający,
 - 3) oświadczenia Banku o wysokości i terminach płatności Rat Kredytu zgodnych z aktualnym, na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, harmonogramem spłat Kredytu,

- 4) numeru rachunku bankowego, na który dokonana została wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela,
 - 5) dokumentów potwierdzających zasadność roszczenia o zapłatę świadczenia, zgodnie z ust. 3 albo 4,
 - 6) innych dokumentów wskazanych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych dla oceny zasadności roszczenia lub wypłaty świadczenia.
3. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o zapłatę świadczenia z tytułu Utraty pracy, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 2, są:
- 1) zaświadczenie wydane przez powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako bezrobotny,
 - 2) zaświadczenie wydane przez powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla bezrobotnych wraz ze wskazaniem okresu, na jaki zasiłek został przyznany;
 - 3) kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania umowy o pracę skutkującego Utratą pracy przez Ubezpieczonego (w przypadku osób, które nabyły Status bezrobotnego wskutek Utraty pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę);
 - 4) decyzja urzędu gminy o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej (w przypadku osób, które nabyły Status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej z Ewidencji Działalności Gospodarczej);
 - 5) kopia postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób, które nabyły Status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej z Ewidencji Działalności Gospodarczej lub Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej);
 - 6) oświadczenie Ubezpieczonego, iż od Utraty pracy nie wykazuje on żadnej Aktywności zarobkowej.
4. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o zapłatę świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 2, są w szczególności:
- 1) karta informacyjna leczenia szpitalnego / zaświadczenie o pobycie w szpitalu,
 - 2) kopia raportu Policji lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) kopia dokumentu potwierdzającego uzyskiwanie przez Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia przychodów z tytułu emerytury lub renty stałej.

5. O obowiązku zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciela należy powiadomić w terminie dziewięćdziesięciu dni od dnia, w którym informujący dowiedział się o Zdarzeniu ubezpieczeniowym uzasadniającym zapłatę świadczenia. Wraz z powiadomieniem składa się dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia o zapłatę.
6. Zasadność roszczeń o zapłatę świadczenia z tytułu Utraty pracy Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie, przedstawiając jednocześnie dokumenty, o których mowa odpowiednio w postanowieniach ust. 3 pkt. 2 i 6.
7. Zasadność roszczeń o zapłatę świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie przedstawiając zaświadczenie o pobycie w szpitalu, o którym mowa w ust. 4 pkt 1).

§ 10

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu w złotych. Świadczenie może zostać wypłacone Ubezpieczającemu w razie dokonania przez Ubezpieczonego przeniesienia praw z tytułu świadczenia na rzecz Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest zapłacić pierwszą ratę świadczenia w terminie trzydziestu dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od wyjaśnienia tych okoliczności. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie lub Ubezpieczającego, jeśli jest uprawnionym z Umowy ubezpieczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3. Kolejne raty świadczeń spełniane będą w terminach czternastodniowych, licząc od dnia, w którym staną się należne.

§ 11

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 12

SKARGI I ZAŻALENIA

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.

2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30. dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14. dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.

§ 13

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Umową ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w Umowie ubezpieczenia stosuje się przepisy kodeksu cywilnego oraz inne przepisy prawa.

SPIS TREŚCI

Warunki ubezpieczenia na życie oraz na wypadek trwałej i całkowitej niezdolności do pracy

§ 1. Definicje	1
§ 2. Zawarcie oraz czas trwania umowy ubezpieczenia	2
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	2
§ 4. Przystąpienie do ubezpieczenia	2
§ 5. Okres ubezpieczenia	4
§ 6. Suma ubezpieczenia i świadczenie ubezpieczeniowe	6
§ 7. Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	7
§ 8. Tryb zgłaszania roszczeń o zapłatę świadczeń	9
§ 9. Prawo właściwe i sąd właściwy	11
§ 10. Skargi i zażalenia	11
§ 11. Postanowienia końcowe	12

Warunki ubezpieczenia na wypadek utraty pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku

§ 1. Definicje	13
§ 2. Zawarcie oraz czas trwania umowy ubezpieczenia	16
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	16
§ 4. Przystąpienie do ubezpieczenia	17
§ 5. Okres ubezpieczenia	18
§ 6. Suma ubezpieczenia	19
§ 7. Świadczenie ubezpieczeniowe	20
§ 8. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności	22
§ 9. Tryb zgłaszania roszczeń o zapłatę świadczeń	24
§ 10. Wypłata świadczeń	26
§ 11. Prawo właściwe i sąd właściwy	26
§ 12. Skargi i zażalenia	26
§ 13. Postanowienia końcowe	27



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA

ul. Prosta 70, 00-838 Warszawa
infolinia: 801 888 444, tel. (+48 22) 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl