

## WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE, NA WYPADEK TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ORAZ LECZENIA SZPITALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KREDYTOBIORCÓW BANKU POCZTOWEGO S.A.

Załącznik nr 1 do Aneksu nr 6 do Umowy ubezpieczenia na życie, na wypadek trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców Banku Poczтового S.A. nr 8/2010/POCZTOWY/UU z dnia 22 stycznia 2010 roku.

Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Grupowego Ubezpieczenia Kredytobiorców Banku Poczowego S.A. nr 8/2010/POCZTOWY/UU zawartej dnia 22 stycznia 2010 roku, 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

Ileokroć 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) **Główny kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę kredytu i uzyskuje najwyższe ze wszystkich Kredytobiorców danego Kredytu dochody netto;
- 4) **Kredyt** – kredyt lub pożyczka, których docelowym zabezpieczeniem jest hipoteka na nieruchomości, udzielone zgodnie z regulacjami Banku;
- 5) **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;
- 6) **Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków** – trwający nieprzerwanie powyżej 30 dni pobyt Ubezpieczonego w szpitalu znajdującym się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, podczas którego został on poddany leczeniu uzasadnionemu jego stanem zdrowia będącym następstwem Nieszczęśliwego wypadku; w rozumieniu niniejszych Warunków ubezpieczenia dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji a ostatni dzień wypisu ze szpitala;
- 7) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w Okresie ubezpieczenia;
- 8) **Okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela;
- 9) **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 nieprzetworzonej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki;
- 10) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia. W rozumieniu niniejszych Warunków ubezpieczenia pojęcie to nie obejmuje domu opieki dla przewlekle chorych, hospicjum – także onkologicznego, ośrodka leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych i narkotykowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani wycieczkowych.
- 12) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia;
- 13) **Ubezpieczyciel** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (Aviva TUnŻ);
- 14) **Umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu;

- 15) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Bankiem;
- 16) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana jako uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
- 17) **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;
- 18) **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;
- 19) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego wskutek jakiegokolwiek przyczyny, Trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego.

### § 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;
  - 3) Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia.

### § 4 PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 5, 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 wiek Kredytobiorcy w momencie przystąpienia do ubezpieczenia jest równy lub wyższy niż 18 lat i nie przekracza 55 lat oraz:
  - a) do ubezpieczenia przystępują wszyscy Kredytobiorcy danego Kredytu i przypadająca na danego Kredytobiorcę kwota Kredytu 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,
  - b) do ubezpieczenia przystępuje tylko Główny kredytobiorca danego Kredytu i kwota Kredytu jest równa lub wyższa niż 600 000 zł (słownie: sześćset tysięcy złotych), a w przypadku Kredytu wyrażo-

nego 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 TUŃZ 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 zasięgnięcie przez Aviva TUŃZ 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, w ramach danej Umowy kredytu, do ubezpieczenia mogą przystąpić:
  - 1) wyłącznie wszyscy Kredytobiorcy danego Kredytu, o ile spełniają warunki przystąpienia do ubezpieczenia określone w ust. 1-4, albo
  - 2) tylko Główny kredytobiorca danego Kredytu, o ile spełnia 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 z 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) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w zakresie Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków;
  - 11) z dniem wypłaty ostatniej z 12 rat świadczenia w Okresie ubezpieczenia – w zakresie Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków;
  - 12) 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, 9 i 12 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 będącym 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 zawarcia 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 nieprzetworzonej 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 przetworzonej 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.
  5. Z zastrzeżeniem ust. 6, Suma ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego równa jest maksymalnie:
    - 1) wysokości 6 świadczeń za jednorazowy pobyt w Szpitalu z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków;
    - 2) wysokości 12 świadczeń z tytułu wszystkich pobytów w Szpitalu z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków w całym Okresie ubezpieczenia,
 podzielonych przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu, w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym wysokość pojedynczego świadczenia równa jest wysokości najbliższej przypadającej do spłaty miesięcznej Raty kredytu, wskazanej w obowiązującym harmonogramie spłat nie więcej jednak niż 4 500 złotych (słownie: cztery tysiące pięćset złotych) z tytułu pojedynczego świadczenia.
  6. 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 Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 7.
  7. Wysokości Rat Kredytu stanowiące podstawę obliczania wysokości świadczenia z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego są dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
  8. Pierwsza rata świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków będzie należna, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu będzie trwał nieprzerwanie przez trzydzieści dni w Okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego. Każda kolejna rata świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków 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.
  9. W przypadku, gdy na skutek tego samego Nieszczęśliwego wypadku w okresie ubezpieczenia miał miejsce więcej niż jeden pobyt w Szpitalu z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków suma ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie przekroczy 6 świadczeń za wszystkie pobyty Ubezpieczonego w Szpitalu.
  10. W przypadku, gdy do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwych wypadków przez Ubezpieczonego pozostaje odpowiednio mniej niż 6 rat Kredytu, suma ubezpieczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie przekroczy sumy wysokości następujących rat Kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z harmonogramem spłat 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 oraz Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy, Leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków lub Nieszczęśliwy wypadek 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.

6. Świadczenie z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli wystąpi ono jako wynik choroby Ubezpieczonego nie będącej skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
7. Świadczenie z tytułu danego Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie jest należne, jeżeli w trakcie tego Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nastąpi śmierć Ubezpieczonego.
8. Świadczenie z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków nie jest należne, jeżeli pobyt w szpitalu miał wyłączenie charakteru diagnostycznego, obserwacyjnego, jak również w przypadku, gdy podczas pobytu w szpitalu zastosowane zostało wyłącznie leczenie rehabilitacyjno-usprawniające Ubezpieczonego.

## § 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. W celu wypłaty świadczenia z tytułu Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć następujące dokumenty:
  - 1) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia;
  - 2) oświadczenia Banku o wysokości i terminach płatności Rat Kredytu zgodnych z aktualnym, na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, harmonogramem spłat Kredytu;
  - 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 karty pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, potwierdzającą okoliczności i czas Pobytu w szpitalu;
  - 7) inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne dla oceny zasadności roszczenia lub wypłaty świadczenia.
5. Świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest Uposażonym w złotych, na rachunek wskazany przez Uposażonego.
  6. 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.
  7. Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków wypłacane jest Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której dokonał on cesji praw do świadczenia.
  8. 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

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.

## § 10

### 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, bezwzględnie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.
5. 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.

Niniejsze Warunki ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 12 sierpnia 2013 roku na mocy Aneksu nr 6 do Umowy ubezpieczenia nr 8/2010/POCZTOWY/ UU z dnia 22 stycznia 2010 roku.



**Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA**

ul. Domaniewska 44, 02-672 Warszawa  
infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44  
e-mail: [bok@aviva.pl](mailto:bok@aviva.pl), [www.aviva.pl](http://www.aviva.pl)