

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ORAZ LECZENIA SZPITALNEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW I POŻYCZEK HIPOTECZNYCH BANKU POCZTOWEGO S.A.

Rodzaj informacji	Jednostka redakcyjna
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 pkt 9 – 10, 13, 20, 28 § 3 § 9 § 12
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9 ust. 3 – 10 § 11

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Poczтового S.A., zwane dalej **OWU**, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, zwanych dalej **Umowami**, zawieranych pomiędzy Poczтовым **Towarzystwem** Ubezpieczeń na Życie Spółką Akcyjną, zwaną dalej Towarzystwem, a osobami fizycznymi, zwanymi dalej **Ubezpieczającymi**.

Definicje

§ 2

Określeniom użytym w niniejszych OWU nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem; za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności;
- 2) **akt terroru** – bezprawne i celowe działanie o charakterze indywidualnym lub zbiorowym, mające na celu wywarcie wpływu na organy władzy publicznej przy użyciu przemocy lub groźby jej użycia;

- 3) **Agent, Bank** – Bank Pocztowy Spółka Akcyjna z siedzibą w Bydgoszczy;
- 4) **dzień wypłaty kredytu lub jego pierwszej transzy** – dzień, w którym środki z tytułu zawartej umowy kredytu zostały przekazane przez Bank na rachunek wskazany przez Kredytobiorcę;
- 5) **dokument ubezpieczenia** – wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy, zaakceptowany i podpisany przez Agenta działającego w imieniu Towarzystwa;
- 6) **ICD-10** – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych;
- 7) **kredyt** – kredyt lub pożyczka zabezpieczone hipoteką, udzielone przez Bank na mocy umowy kredytu lub umowy pożyczki;
- 8) **kredytobiorca** – osoba fizyczna, która zawarła z Bankiem umowę kredytu;
- 9) **leczenie szpitalne** – udzielane w szpitalu świadczenia zdrowotne, których odroczenie w czasie może skutkować utratą lub pogorszeniem zdrowia albo utratą życia lub które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; za leczenie szpitalne nie uznaje się świadczeń opiekuńczych, pielęgnacyjnych, paliatywnych, hospicyjnych, świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji

- leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego;
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, niezależne od woli i stanu zdrowia osoby, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, będące bezpośrednią przyczyną zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób, nawet występujących nagle;
- 11) **okres kredytowania** – okres obowiązywania umowy kredytu określony w dniu jej zawarcia i wskazany w umowie kredytu;
- 12) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej i którego data rozpoczęcia potwierdzona jest w dokumencie ubezpieczenia;
- 13) **pobyt w szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu w celu leczenia szpitalnego, trwający nieprzerwanie dłużej niż 30 dni; okres pobytu w szpitalu liczony jest od daty przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala do daty jego wypisania ze szpitala; do pobytu w szpitalu nie wlicza się okresu pobytu na przepustkach;
- 14) **rata kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne kredytobiorcy wobec banku, którego wysokość i warunki spłaty określa umowa kredytu, składające się z części kapitału głównego oraz odsetek naliczanych według przewidzianego umową kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału – zobowiązanie obejmujące jedynie odsetki;
- 15) **roczny okres ubezpieczenia** – okres kolejnych 12 miesięcy kalendarzowych liczony od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a kończący się z upływem dnia poprzedzającego dzień, w którym przypada najbliższa rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, oraz każdy kolejny okres 12 miesięcy rozpoczynający się w dniu następnym po upływie danego rocznego okresu ubezpieczenia;
- 16) **sporty wysokiego ryzyka** – alpinizm, baloniarstwo, bobsleje, jazda konna, jazda na nartach wodnych, lotnictwo, motolotnictwo, narciarstwo oraz snowboard (poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi), nurkowanie przy użyciu sprzętu specjalistycznego lub na głębokość większą niż 5 metrów, paralotniarstwo, parkour, pilotowanie samolotów silnikowych, rafting i inne sporty uprawiane na rzekach górskich, skoki na elastycznej linie, skoki narciarskie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, sporty walki oparte na uderzeniach lub chwytach, lub na walce z bronią, szybownictwo, żeglarstwo morskie lub transoceaniczne;
- 17) **stan nietrzeźwości** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
- 18) **stan po użyciu alkoholu** – stan, w którym zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ do 0,5‰ alkoholu albo obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dm³;
- 19) **suma ubezpieczenia** – kwota stanowiąca górną granicę odpowiedzialności Towarzystwa w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 20) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego udzielające całodobowych, kompleksowych świadczeń zdrowotnych, które nie mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, za pomocą personelu posiadającego uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki i lekarza, prowadzące dla każdego pacjenta dokumentację medyczną, z wyłączeniem:
- szpitali uzdrowiskowych, sanatoryjnych, rehabilitacyjnych,
 - ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień,
 - hospicjów, domów opieki, ośrodków opieki paliatywnej,
 - ośrodków wypoczynkowych;
- 21) **Ubezpieczający** – kredytobiorca, który zawiera z Towarzystwem Umowę, zobowiązany do zapłaty składki;
- 22) **Ubezpieczony:**
- Ubezpieczający,
 - inny kredytobiorca, który jest objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy;
- 23) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące trwałe ubytki neurologiczne znajdujące potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujące się przez okres co najmniej 3 kolejnych miesięcy od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); za udar mózgu w rozumieniu niniejszej definicji nie uważa się:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;
- 24) **umowa kredytu** – umowa o udzielenie kredytu lub umowa o udzielenie pożyczki, zabezpieczonych hipoteką, zawarta pomiędzy kredytobiorcą a bankiem;
- 25) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- 26) **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie sportu w ramach klubów, związków i organizacji sportowych z uczestnictwem w zawodach oraz treningach przygotowujących do zawodów, zgrupowaniach i obozach szkoleniowych;
- 27) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnej dla danej metody laboratoryjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
- objawy kliniczne niedokrwienia serca,
 - zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego (nowo powstałe lub przypuszczalnie nowe znamienne zmiany odcinka ST – załamka T (ST-T), patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa),
 - nowy ubytek żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości, uwidocznione w badaniach obrazowych,
 - obecność zakrzepu w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym lub w autopsji.
- 28) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego, trwała i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy, leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego, które mają miejsce w okresie ubezpieczenia.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia § 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego, trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego oraz leczenie szpitalne następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego.

Zawarcie Umowy § 4

- Umowę zawiera się na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o jej zawarcie, składanego na formularzu stosowanym przez Towarzystwo.
- Umowa zawierana jest na podstawie danych podanych przez Ubezpieczającego we wniosku o jej zawarcie. Towarzystwo może uzależnić zawarcie Umowy od przedstawienia dodatkowych informacji, a także od dokonania oceny przyjmowanego do ubezpieczenia ryzyka, w tym w szczególności od poddania się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim lub diagnostycznym w zakresie wymaganym przez Towarzystwo do zawarcia Umowy. Badania przeprowadzane są w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo i na jego koszt.

3. Przed złożeniem wniosku o zawarcie Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu niniejsze OWU.
 4. Umowa może zostać zawarta, jeżeli w dniu jej zawarcia Ubezpieczony ma ukończone 18 lat oraz wiek Ubezpieczonego powiększony o okres kredytowania nie przekracza 75 lat.
 5. Zawarcie Umowy Towarzystwo potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
 6. Z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w ust. 7, w razie wątpliwości Umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.
 7. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Towarzystwo obowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
 8. Odstępstwo od warunków określonych w ust. 4 wymaga pisemnej zgody Towarzystwa.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego całkowitej i trwałej niezdolności do pracy kończy się w przypadkach wskazanych w ust. 2, z wyłączeniem pkt 6, oraz:
 - 1) z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony nabył uprawnień do świadczeń emerytalnych lub prawo do stałej renty;
 - 2) z dniem poprzedzającym płatność kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, a przypadającym po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia (w stosunku do danego Ubezpieczonego).
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kończy się w przypadkach wskazanych w ust. 2, z wyłączeniem pkt 6, oraz:
 - 1) z dniem poprzedzającym płatność kolejnej raty składki ubezpieczeniowej, a przypadającym po ukończeniu przez Ubezpieczonego 65 roku życia (w stosunku do danego Ubezpieczonego);
 - 2) z dniem wypłaty ostatniej z rat świadczenia w rocznym okresie ubezpieczenia.
 5. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od zawarcia Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
 6. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Umowę poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu ze skutkiem:
 - 1) na dzień złożenia wypowiedzenia – w pierwszym 12-miesięcznym okresie trwania Umowy;
 - 2) na dzień poprzedzający płatność kolejnej raty kredytu wynikającej z harmonogramu spłaty kredytu obowiązującego w dniu złożenia wypowiedzenia – w kolejnych 12-miesięcznych okresach trwania Umowy.

Zawarcie umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek

§ 5

1. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. W takim przypadku w umowie ubezpieczenia wskazywany jest zarówno Ubezpieczający, jak i Ubezpieczony.
2. Ubezpieczony może żądać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach zawartej umowy ubezpieczenia oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków Ubezpieczonego.
3. Towarzystwo ma roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej wyłącznie w stosunku do Ubezpieczającego.
4. Towarzystwo może podnieść zarzuty, które mają wpływ na jego odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, zarówno wobec Ubezpieczającego, jak i Ubezpieczonego.

Umowa ubezpieczenia

§ 6

1. Umowa zawierana jest na okres 12 miesięcy.
2. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, Umowa ulega przedłużeniu na okres kolejnych 12 miesięcy, o ile żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużeniu okresu trwania Umowy. Zasada ta ma zastosowanie również do kolejnych 12-miesięcznych okresów obowiązywania Umowy.
3. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy, pod rygorem nieważności, musi zostać doręczone drugiej stronie najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta.

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, nie wcześniej jednak niż z dniem:
 - 1) wypłaty kredytu lub jego pierwszej transzy;
 - 2) zapłaty składki lub jej pierwszej raty w wysokości i terminie wynikających z Umowy.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa (ogólna) kończy się:
 - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - 2) z dniem rozwiązania umowy kredytu, w tym wskutek wcześniejszej spłaty kredytu;
 - 3) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy, zgodnie z ust. 5;
 - 4) z upływem okresu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy, zgodnie z ust. 6;
 - 5) z dniem poprzedzającym płatność kolejnej raty kredytu, przypadającym po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 roku życia (w stosunku do danego Ubezpieczonego);
 - 6) na skutek nieopłacenia składki pomimo upływu terminu zapłaty wynikającego z wezwania, o którym mowa w § 8 ust. 7.

Składka ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej z tytułu udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, jak również terminy płatności określone są w dokumencie ubezpieczenia, przy czym rata, o której mowa w ust. 4, określona jest kwotowo, natomiast raty, o których mowa w ust. 5, stanowią iloczyn stawki ubezpieczeniowej określonej w dokumencie ubezpieczenia oraz przypadającej na Ubezpieczonego podstawy naliczania składki, wskazanej w ust. 6.
2. Składkę ubezpieczeniową oblicza się za czas udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość składki zależna jest od wysokości sumy ubezpieczenia oraz danych znajdujących się w wypełnionej przez Ubezpieczonego ankiecie medycznej lub dodatkowych informacji o stanie jego zdrowia.
3. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać składkę ubezpieczeniową w ratach, obliczonych na zasadach określonych w ust. 4–7. Ratę składki uważa się za przekazaną z dniem jej wpływu – w pełnej wysokości – na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, wskazany w Umowie.
4. Pierwsza rata składki należna jest za 12-miesięczny okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej rozpoczynający się od dnia następującego po dniu zawarcia Umowy, jednak nie wcześniej niż od dnia wypłaty kredytu lub jego pierwszej transzy, i płatna jest w terminie, w którym nastąpiła wypłata kredytu lub jego pierwszej transzy;
5. Kolejne raty składki należne są za miesięczne okresy udzielania ochrony ubezpieczeniowej, począwszy od zakończenia okresu ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 4, a skończywszy na ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy kredytu, i płatne są miesięcznie, każdorazowo w dniu wymagalności raty kredytu.
6. Podstawą naliczenia składki ubezpieczeniowej z tytułu udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej jest:
 - 1) dla pierwszej raty składki, o której mowa w ust. 4:
 - a) dla kredytobiorców zawierających Umowę podczas zawierania umowy kredytu – wartość udzielonego kredytu

- określona w umowie kredytu, podzielona przez liczbę wszystkich kredytobiorców,
- b) dla kredytobiorców, którzy zawierają Umowę po wypłacie kredytu lub jego pierwszej transzy – wartość salda zadłużenia z tytułu kredytu na dzień naliczenia składki obejmująca:
 - i. bieżącą wartość zadłużenia głównego (wartość kapitału głównego pozostałego do spłaty),
 - ii. odsetki oraz odsetki karne od nieprzeterminowanej części kredytu naliczane według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej,
 - iii. należne i niezapłacone koszty manipulacyjne (opłaty i prowizje) związane z obsługą umowy kredytu, podzielone przez liczbę Ubezpieczonych w ramach danej umowy kredytu, w dniu jej zawarcia, przy czym za dzień naliczenia składki rozumieć należy dzień płatności raty kredytu przez Ubezpieczonego;
 - 2) dla kolejnych rat składek, o których mowa w ust. 5 – wartość salda zadłużenia z tytułu umowy kredytu na dzień naliczenia raty składki obejmująca:
 - i. bieżącą wartość zadłużenia głównego (wartość kapitału głównego pozostałego do spłaty),
 - ii. odsetki oraz odsetki karne od nieprzeterminowanej części kredytu naliczane według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej,
 - iii. należne i niezapłacone koszty manipulacyjne (opłaty i prowizje) związane z obsługą umowy kredytu, podzielone przez liczbę Ubezpieczonych w ramach danej umowy kredytu, w dniu jej zawarcia, przy czym za dzień naliczenia składki rozumieć należy dzień płatności raty kredytu przez Ubezpieczonego.
 7. Brak płatności w terminie kolejnej raty składki skutkuje ustaniem odpowiedzialności Towarzystwa, jeżeli Towarzystwo po upływie terminu wymagalności raty składki wezwie Ubezpieczającego do zapłaty z jednoczesnym zastrzeżeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności Towarzystwa.
 8. Odstąpienie od Umowy zgodnie z § 7 ust. 5–6 nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
 9. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki Umowa została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, o ile przed wygaśnięciem stosunku ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie została w całości wyczerpana wskutek wypłaty świadczeń przez Towarzystwo.
- Suma ubezpieczenia i świadczenia**
§ 9
1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego oraz z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy stanowi sumę:
 - 1) wartości kapitału głównego pozostającego do spłaty zgodnie z warunkami umowy kredytu w dniu zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) odsetek karnych od nieprzeterminowanej części kredytu naliczanych według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wydania decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 90 dni;
 - 3) odsetek umownych od nieprzeterminowanej części kredytu naliczanych według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wydania decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni;
 - 4) należnych i nieregulowanych kosztów manipulacyjnych (opłat i prowizji) związanych z obsługą umowy kredytu naliczanych zgodnie z warunkami umowy kredytu za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wydania decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni – nie większą jednak niż wartość wynikającego z umowy kredytu salda zadłużenia w dniu wypłaty kredytu lub jego ostatniej transzy.
 2. Z zastrzeżeniem ust. 3–4 i 8, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1.
 3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego ograniczona jest do:
 - 1) 1 000 000 zł (jednego miliona złotych) w przypadku kredytobiorców, których wiek w dniu zawarcia Umowy nie przekracza 55 lat;
 - 2) 250 000 zł (dwustu pięćdziesięciu tysięcy złotych) w przypadku kredytobiorców, których wiek w dniu zawarcia Umowy jest wyższy niż 55 lat i nie przekracza 60 lat;
 - 3) 75 000 zł (siedemdziesięciu pięciu tysięcy złotych) w przypadku kredytobiorców, których wiek w dniu zawarcia Umowy jest wyższy niż 60 lat.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego ograniczona jest do:
 - 1) 500 000 zł (pięciuset tysięcy złotych) w przypadku kredytobiorców, których wiek w dniu zawarcia Umowy nie przekracza 55 lat;
 - 2) 250 000 zł (dwustu pięćdziesięciu tysięcy złotych) w przypadku kredytobiorców, których wiek w dniu zawarcia Umowy jest wyższy niż 55 lat i nie przekracza 60 lat;
 - 3) 75 000 zł (siedemdziesięciu pięciu tysięcy złotych) w przypadku kredytobiorców, których wiek w dniu zawarcia Umowy jest wyższy niż 60 lat.
 5. Suma ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego równa jest maksymalnie dwóm jednorazowym świadczeniom z tytułu jednego pobytu w szpitalu w związku z leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwych wypadków w rocznym okresie ubezpieczenia, przy czym jednorazowe świadczenie za pobyt w szpitalu równe jest najbliższej przypadającej do spłaty miesięcznej racie kredytu, wskazanej w harmonogramie spłat, nie większa jednak niż 4500 złotych z tytułu pojedynczego zdarzenia.
 6. Jeżeli w ramach jednej umowy kredytu występuje kilku kredytobiorców oraz:
 - 1) Umowa zawierana jest na rachunek wszystkich kredytobiorców – wysokość świadczeń należnych każdemu Ubezpieczonemu równa jest wysokości świadczeń opisanych odpowiednio w ust. 1 i 5, podzielonych przez liczbę kredytobiorców występujących w ramach danej umowy kredytu w dniu jej zawarcia;
 - 2) Umowa zawierana jest wyłącznie na rachunek Ubezpieczającego – wysokość świadczeń należnych Ubezpieczonemu równa jest wysokości świadczeń opisanych odpowiednio w ust. 1 i 5.
 7. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego wypłacane jest w ratach miesięcznych. Częstotliwość oraz wysokość rat odpowiada wysokości oraz liczbie rat kredytu pozostających do spłaty zgodnie z warunkami umowy kredytu, na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uzasadniającego wypłatę świadczenia.
 8. Pierwsza rata świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego będzie należna, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będzie trwał nieprzerwanie przez 30 dni w okresie odpowiedzialności Towarzystwa. Kolejna rata z tego tytułu będzie należna, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będzie trwał o miesiąc dłużej, niż było to wymagalne dla poprzedniej raty.
 9. Łączna suma ubezpieczenia z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego wszystkich pobytów w szpitalu w związku z następstwem tego samego nieszczęśliwego wypadku w rocznym okresie ubezpieczenia jest ograniczona do sześciokrotności jednorazowego świadczenia za pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
 10. Jeżeli w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na leczeniu szpitalnym następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego do spłaty pozostaje mniej niż 6 rat kredytu, zgodnie z warunkami umowy kredytu, to wartość świadczenia z tytułu tego zdarzenia nie przekroczy sumy rat kredytu pozostających do spłaty.

Uposażeni **§ 10**

1. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz dowolnej zmiany i odwoływania, w każdym czasie, Uposażonych.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił udziału każdego z nich w kwocie świadczenia, uznaje się, że wszystkie udziały w wypłacanym świadczeniu są równe.
3. W przypadku gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a niektórzy spośród nich zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas przypadająca im część świadczenia zostaje rozdzielona pomiędzy pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do ich udziałów w świadczeniu.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych albo gdy wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia, wówczas świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według kolejności pierwszeństwa:
 - 1) małżonkowi w całości;
 - 2) zstępnym w częściach równych;
 - 3) wstępnym w częściach równych;
 - 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach równych.
5. Świadczenie z tytułu śmierci nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa **§ 11**

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek (przez co należy rozumieć wystąpienie adekwatnego związku przyczynowo-skutkowego):
 - 1) działań wojennych, czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroru;
 - 2) samobójstwa Ubezpieczonego, które nastąpiło przed upływem dwóch lat od rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego całkowitej i trwałej niezdolności do pracy oraz z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego, jeśli powstały one wskutek (przez co należy rozumieć adekwatny związek przyczynowo-skutkowy):
 - 1) któregośkolwiek ze zdarzeń opisanych w ust. 1;
 - 2) próby samobójczej lub świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego, lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) choroby Ubezpieczonego zakwalifikowanej w ICD-10 jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania;
 - 5) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości lub w stanie po użyciu alkoholu albo pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku (Dz.U. 2017, poz. 783 z późn. zm.) o przeciwdziałaniu narkomanii lub leków na receptę nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 6) błędów w taktyce lub technice jazdy popełnionych przez Ubezpieczonego prowadzącego pojazd bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, o ile przyczyniło się to do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu niezarejestrowanego lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, o ile przyczyniło się to do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) wyczynowego uprawiania sportu lub uprawiania sportu wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
 - 9) wypadku komunikacyjnego w ruchu lotniczym, z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem podmiotu wykonującego przewozy lotnicze pasażerów zgodnie z wymogami prawa państwa siedziby tego podmiotu;
 - 10) działania energii jądrowej lub skażenia radioaktywnego.

3. W pierwszych dwóch miesiącach okresu ubezpieczenia Towarzystwo ponosi odpowiedzialność z tytułu całkowitej i trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wyłącznie w przypadku powstania jej wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego nie jest należne, jeżeli w trakcie tego leczenia nastąpi śmierć Ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego nie jest należne, jeżeli pobyt w szpitalu miał wyłącznie charakter diagnostyczny, obserwacyjny, jak również w przypadku, gdy podczas pobytu w szpitalu zastosowane zostało wyłącznie leczenie rehabilitacyjno-usprawniające Ubezpieczonego.

Postępowanie w razie zgłoszenia roszczenia i wypłata świadczeń **§ 12**

1. Ubezpieczony zobowiązany jest do powiadomienia Towarzystwa o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 30 dni od jego zajścia.
2. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie, o którym mowa w ust. 1, świadczenie może zostać odpowiednio zmniejszone, o ile przyczyniło się to do zwiększenia roszczenia lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
4. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Towarzystwo podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczeń. Ponadto w terminie 7 dni od dnia otrzymania zgłoszenia informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na jaki osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, m.in. Towarzystwo może zwrócić się do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia o przedstawienie dokumentacji medycznej koniecznej do ustalenia odpowiedzialności, a także skierować Ubezpieczonego na badania medyczne na koszt Towarzystwa.
5. Towarzystwo obowiązane jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych dla ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie określonym w ust. 5, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 5.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę spełnienia świadczenia oraz pouczając o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego.

Reklamacje i spory **§ 13**

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia mają prawo do złożenia reklamacji zawierającej zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym w przedmiocie ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasadności zgłoszonych roszczeń lub wysokości świadczenia.
2. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej osobę wskazane w ust. 1.
3. Reklamacja może być złożona:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w jednostce Towarzystwa obsługującej osobę wskazane w ust. 1, albo przesyłką pocztową

w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 roku – Prawo pocztowe (Dz.U. 2017, poz. 1481 z późn. zm.);

- 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce Towarzystwa obsługującej osoby wskazane w ust. 1;
 - 3) z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres poczta@ubezpieczeniapocztowe.pl.
4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Na wniosek składającego reklamację Towarzystwo może dostarczyć odpowiedź pocztą elektroniczną.
 5. Towarzystwo udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo w informacji przekazywanej składającemu reklamację:
 - 1) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy;
 - 2) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
 7. Spory pomiędzy osobami wskazanymi w ust. 1 a Towarzystwem mogą być również rozpatrywane w drodze postępowania przed Rzecznikiem Finansowym (adres internetowy: www.rf.gov.pl) – na zasadach określonych w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (Dz.U. 2016, poz. 892 z późn. zm.).
 8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy z umowy ubezpieczenia.
 9. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. Umowy zawierane na podstawie niniejszych OWU podlegają prawu polskiemu. W zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne właściwe przepisy prawa.
2. Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 01 Zarządu Poczтового Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. z dnia 21.09.2017 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 01.10.2017 roku.