

**WYCIĄG Z UMOWY GENERALNEJ  
UBEZPIECZENIA NA  
WYPADEK ŚMIERCI LUB NIEZDOLNOŚCI DO  
PRACY  
WSKUTEK CHOROBY LUB NIESZCZĘŚLIWEGO  
WYPADKU  
KREDYTOBIORCÓW ZACIĄGAJĄCYCH KREDYT  
W EURO BANK S.A.**

**I. Postanowienia ogólne**

1. Wprowadzone w umowie ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **Towarzystwo** - BENEFIA TUŃŻ S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy ul. Rydygiera 21.
- 2) **Ubezpieczyciel** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskie 162.
- 3) **kredyt** – kredyt lub pożyczka udzielone w walucie polskiej Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu bankowego lub pożyczki zawartej pomiędzy tymi podmiotami.
- 4) **rata kredytu** – rata kredytu (w rozumieniu umowy pomiędzy Ubezpieczającym, a Ubezpieczonym) wymagalna w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna będąca stroną umowy kredytowej lub umowy pożyczki z Ubezpieczającym.
- 6) **kwota zadłużenia** - należność równa sumie:
  - a) kapitału kredytu pozostającego do spłaty w danym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
  - b) odsetek według przewidzianej umową kredytu stopy, liczonych od nie przeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
  - c) odsetek karnych według przewidzianej umową kredytu stopy od przeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
  - d) opłat i prowizji przewidzianych taryfą banku naliczonych w okresie od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia (np. opłata za monit, za restrukturyzację kredytu), jednak nie dłuższy niż 120 dni.
- 7) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca będący osobą fizyczną w wieku 18-85 lat, którego życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia. W przypadku, gdy umowa Kredytu została zawarta przez kilku Współkredytobiorców (nie więcej niż czterech) każdy Współkredytobiorca zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową, lecz świadczenie w stosunku do jednego Współkredytobiorcy wypłacane jest zawsze w takiej proporcji, w jakiej dany Współkredytobiorca uczestniczy w umowie Kredytu (jeśli w umowie Kredytu nie ma wyraźnego podziału, domniemuje się, że udziały wszystkich Współkredytobiorców są równe).
- 8) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie losowe powodujące zgon, całkowitą trwałą niezdolność do pracy, czasową niezdolność do pracy lub poważne zachorowanie Ubezpieczonego, które zaszło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.
- 9) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez działających wspólnie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
- 10) **suma ubezpieczenia** – kwota zadłużenia przypadająca na dzień wypłaty świadczenia w przypadku śmierci lub całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub kwota raty (rat) kredytu jaką Ubezpieczony jest zobowiązany wpłacić do Ubezpieczającego, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, w razie czasowej niezdolności do pracy, która nastąpiła w wyniku choroby lub nieszczęśliwego wypadku lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego. Suma ubezpieczenia nie obejmuje kwoty odsetek karnych należnych Ubezpieczającemu za okres dłuższy niż 120 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ani należności związanych z bankowym postępowaniem egzekucyjnym.
- 11) **całkowita trwałą niezdolność do pracy** – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego Ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji.
- 12) **czasowa niezdolność do pracy** – orzeczenie przez lekarza okres czasowej niezdolności do pracy stwierdzającym tą samą jednostką chorobową potwierdzony wystawionym drukiem ZUS ZLA, który trwa nieprzerwanie co najmniej 45 dni.
- 13) **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** - polegające na wystąpieniu objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w poniżej lub przebiecie zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych poniżej pod warunkiem, że objawy tej choroby lub chorób oraz choroby lub chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub chorób lub daty zabiegu operacyjnego.

**Poważne zachorowanie oznacza:**

- (1) zawał mięśnia sercowego - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:
  - a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
  - b) nowe, nie występujące dotychczas zmiany w obrazie EKG, charakterystyczne dla przebytego zawału,
  - c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPKMB, CPK),
  - d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
  - e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosi mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia).
- (2) operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (by-pass) – wykonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza.
- (3) udar mózgu - incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne trwające dłużej niż 24 godziny i obejmujący: zawał tkanki mózgowej, krwotok wewnątrzczaszkowy lub podjączynówkowy, zator materiałem pozaczaszkowym.
- (4) nowotwór złośliwy - choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek. Pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina od II stadium).
- (5) niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagające stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki.
- (6) przeszczep narządu - leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, małżonkowi lub dziecku jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza.
- (7) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie.
- (8) zabiegi kardiologiczne – zabiegi kardiologiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy pomostowania tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.
- (9) zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu – zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.
- (10) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym – przy następujących kryteriach:
  - potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
  - obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
  - obecność charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa).
- 14) **Osoby nieaktywne zawodowo** – osoby uzyskujące dochód z tytułu renty lub emerytury.

**II. Przedmiot umowy i zakres odpowiedzialności Towarzystwa**

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest:
  - 1) zgon,
  - 2) całkowita trwałą niezdolność do pracy,
  - 3) w odniesieniu do osób prowadzących własną działalność gospodarczą i osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych – czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - 4) poważne zachorowanie w odniesieniu do osób nieaktywnych zawodowo, osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych oraz osób uzyskujących dochody z innego tytułu będących w wieku emerytalnym.
3. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Compensy objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w ogólnych warunkach programu „Medical Assistance”.
4. W odniesieniu do ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia spowodowanego chorobą, której objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
5. W odniesieniu do zdarzenia polegającego na wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jak również poważnego zachorowania Ubezpieczonego, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest w ciągu całego okresu ochrony danego Ubezpieczonego do wypłaty 10 rat Kredytu, jakie Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż liczba rat wynikająca z tego harmonogramu do końca spłaty Kredytu. W przypadku kredytów restrukturyzowanych kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości rat Kredytu

wynikających z aktualnego harmonogramu spłaty Kredytu nie będzie wyższa od kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu (obowiązującego w chwili przystąpienia Kredytobiorcy do ubezpieczenia).

### III. Obejmowanie ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczycieli

1. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która podpisała oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia (deklaracja zgody), a w dniu następnym po dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 80 lat z zastrzeżeniem zdania drugiego.

W przypadku kredytu konsolidacyjnego ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która podpisała oświadczenie o przystąpieniu do Ubezpieczenia oraz która w dniu następnym po dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych:

- 77 lat jeżeli okres kredytowania trwa dłużej niż 84 miesiące (7 lat), ale nie dłużej niż 96 miesięcy (8 lat),
- 78 lat jeżeli okres kredytowania trwa dłużej niż 72 miesiące (6 lat), ale nie dłużej niż 84 miesiące (7lat),
- 79 lat jeżeli okres kredytowania trwa dłużej 60 miesięcy (5 lat), ale nie dłużej niż 72 miesiące (6 lat),
- 80 lat jeżeli okres kredytowania trwa nie dłużej niż 60 miesięcy (5lat).

2. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 160.000 zł w przypadku udzielenia pożyczki lub 230.000 zł w przypadku kredytu konsolidacyjnego.

3. Jeżeli łączna suma ubezpieczenia Kredytobiorcy lub łączna suma ubezpieczenia ubezpieczonych Współkredytobiorców na podstawie niniejszej umowy przekracza kwotę 160.000 zł w przypadku udzielania pożyczki lub 230.000 zł w przypadku kredytu konsolidacyjnego, Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorcę na pisemny wniosek Ubezpieczającego. W takim wypadku Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podjęcia decyzji o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego względem danego Kredytobiorcy, po zastosowaniu właściwych, zdaniem Towarzystwa, procedur (w tym m.in. do skierowania Kredytobiorcy na badania lekarskie na koszt Towarzystwa). W wypadku, o którym mowa powyżej, maksymalną sumę ubezpieczenia w stosunku do jednego Klienta, w przypadku Klientów Banku posiadających więcej niż jedną aktywną pożyczkę, określa się na kwotę 230.000 zł.

4. Uznanie roszczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy wyklucza możliwość ponownego objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.

### IV. Składka

1. Stopa składki netto jest iloczynem stopy składki, sumy ubezpieczenia w wysokości równej kwocie zadłużenia na dzień podpisania umowy kredytowej i czasu spłaty kredytu liczonego w miesiącach.

2. Składka za ubezpieczenie każdego z Kredytobiorców płatna jest jednorazowo, z góry, za cały okres trwania umowy kredytowej.

3. W przypadku, gdy okres ochrony względem ubezpieczonego przekracza o więcej niż 5 dni pełen miesiąc kalendarzowy, przyjmuje się, iż okres ten zaokrąglą się do pełnego miesiąca i wlicza się w pełnym wymiarze do czasu spłaty kredytu w miesiącach, na podstawie którego wyznaczana jest stopa składki o której mowa w ust. 1.

4. W przypadku nadpłaty, wcześniejszej spłaty lub wpływu terminu wypowiedzenia przez Ubezpieczającego umowy kredytu Ubezpieczyciele zwrócą część składki Ubezpieczającemu; rozliczenie nadpłaty nastąpi w ostatnim miesiącu odpowiedzialności względem ubezpieczonego.

### V. Czas trwania odpowiedzialności

1. Odpowiedzialność w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy Kredytu pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym.

2. Odpowiedzialność w odniesieniu do ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia zawarcia umowy Kredytu pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym.

3. Odpowiedzialność w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia, z końcem dnia, w którym:

- nastąpił zgon Ubezpieczonego,
- wypłata świadczenia z tytułu zajścia określonych zdarzeń w życiu Kredytobiorcy na podstawie Umowy Ubezpieczenia w wysokości salda zadłużenia,
- nastąpiło orzeczenie trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
- rozwiązana została umowa kredytu na skutek wpływu okresu jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego,
- nastąpiła całkowita spłata kredytu,
- Kredytobiorca ukończył 85 rok życia.

### VI. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, gdy zgon nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- samobójstwa Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 2 lat od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową,
- bezpośrednio lub pośrednio w wyniku zdarzeń związanych z działaniami wojennymi lub wojną (wypowiedzianą lub niewypowiedzianą), popełnionym

przestępstwem, inwazją, wojną domową, powstaniem, rewolucją, stanem wojennym,

3) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem, broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, a także działania gazu, trucizny, gazów spalinowych, umyślnie przyjętych, wdychanych lub wchłanianych,

4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo lub chorób istniejących przed datą początku odpowiedzialności BENEFIA.

5) zdarzeń zaistniałych i chorób zdiagnozowanych w ciągu 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności BENEFIA takich jak: nowotwór złośliwy, choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek.

2. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy lub czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jeżeli całkowita trwała lub czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

1) usiłowania popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 2 lat od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową,

2) bezpośrednio lub pośrednio w wyniku zdarzeń związanych z działaniami wojennymi lub wojną (wypowiedzianą lub niewypowiedzianą), inwazją, wojną domową, powstaniem, rewolucją, stanem wojennym,

3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo,

4) zdarzenia związanego ze skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem, broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, a także działania gazu, trucizny, gazów spalinowych, umyślnie przyjętych, wdychanych lub wchłanianych,

5) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, samookaleczenia, a także pozostawiania Ubezpieczonego świadomie i w sposób zamierzony pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na polecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

6) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

7) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania, używania danego pojazdu bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu, a także lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrzniem środkiem transportu, za wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych, odbywanego na ustalonej trasie i według ustalonego rozkładu,

8) ciąży, powikłań ciąży lub zabiegu usunięcia ciąży,

9) jazdy pojazdem lądowym, morskim lub powietrznym jako uczestnik, podczas krajowych lub międzynarodowych zawodów, imprez sportowych lub podczas przygotowań do takich zawodów lub imprez, udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, takich jak w szczególności: spadochroniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, akrobatyka, kaskaderstwo, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, szybownictwo, nurkowanie, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie, wyścigi samochodowe, motocyklowe i gokartów, speleologia,

10) zdarzeń zaistniałych i chorób zdiagnozowanych w ciągu 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności BENEFIA w odniesieniu do danego Ubezpieczonego takich jak: nowotwór złośliwy, choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek oraz w wyniku zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanych z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS).

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli wystąpienie poważnego zachorowania było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:

1) usiłowania popełnienia samobójstwa Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 2 lat od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową,

2) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych, samookaleczenia, a także działania gazu, trucizny, gazów spalinowych, umyślnie przyjętych, wdychanych lub wchłanianych, oraz pozostawiania Ubezpieczonego świadomie i w sposób zamierzony pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na polecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

3) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

4) zdarzeń zaistniałych i chorób zdiagnozowanych w ciągu 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności BENEFIA takich jak: nowotwór złośliwy, choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, niewydolność nerek oraz w wyniku zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) i związanych z tym zespołem zakażeń oportunistycznych, nowotworów, schorzeń neurologicznych oraz innych zespołów chorobowych towarzyszących AIDS).

4. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszej umowy ubezpieczenia nie stanowią zabiegi operacyjne wymienione w pkt 1 ust. 1 pkt 13 jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły kiedykolwiek przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.

5. Odpowiedzialnością Towarzystwa, w odniesieniu do zdarzenia określonego w pkt 1 ust. 1 pkt 13 pkt 1,3- 4, nie są objęci Ubezpieczeni, których wiek

w dniu przystąpienia do umowy był wyższy niż 65. rok życia lub którzy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia ukończyli 65. rok życia.

6. W odniesieniu do ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia za które wypłacono świadczenie.

7. Z zakresu ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego zostały wyłączone następujące choroby i zdarzenia:

1) nowotwory:

a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,

b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,

c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,

d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,

e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV.

2) zawał serca:

a) zawały bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) przebiegające tylko ze wzrostem stężenia troponin,

b) epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej

3) udar mózgu:

a) przemijające epizody ogniskowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego,

b) uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego spowodowane zewnętrznym urazem,

4) nowotwory złośliwe:

a) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe,

b) wczesny rak gruczołu krokowego (T1 NOM0 wg klasyfikacji TNM),

c) czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania I A (o grubości  $\leq$  1 mm, poziom II lub III bez owrzodzeń) według klasyfikacji AJCC z 2002,

d) nadmierne rogowacenie skóry, rak podstawno-komórkowy skóry i rak kolczysto-komórkowy skóry,

e) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

5) operacja pomostowa naczyń wieńcowych:

ubezpieczeniem nie są objęte wszystkie niechirurgiczne metody udrażniania tętnic wieńcowych wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych: angioplastyka, techniki laserowe, aterektomia,

6) przeszczep: ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste, inne niż wymienione w ubezpieczeniu (patrz: zakres).

7) utrata wzroku: Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

8. Świadczenie z tytułu poważnego zachorowania zostanie wypłacone pod warunkiem, że Ubezpieczony pozostawał przy życiu przez okres 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania.

9. W przypadku zgonu ubezpieczonego na skutek poważnego zachorowania, przez upływem 180 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania, BENEFICJA pomniejszy świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zgonu o kwotę uprzednio wypłaconego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania.

10. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu ubezpieczenia „Medical assistance” w sytuacjach określonych w Ogólnych Warunkach.

## VII. Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu zgonu lub trwałej całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Uposażonemu świadczenie równe sumie ubezpieczenia w wysokości kwoty zadłużenia na wskazany przez niego rachunek.

2. Z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego spowodowanej chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem Towarzystwo wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości kwoty raty lub rat kredytu, jakie Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić do Euro Banku S.A. w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, w razie czasowej niezdolności do pracy Kredytobiorcy, z zastrzeżeniem, że nie może to być łącznie więcej niż 10 rat Kredytu, jakie Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż liczba rat wynikająca z tego harmonogramu do końca spłaty Kredytu z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów restrukturyzowanych kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości rat Kredytu wynikających z aktualnego harmonogramu spłaty Kredytu nie będzie wyższa od kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu.

3. W razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo wypłaca Uposażonemu świadczenie w wysokości kwoty raty lub rat kredytu, jakie Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić do Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że nie może to być łącznie więcej niż 10 rat Kredytu, jakie Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż liczba rat wynikająca z tego harmonogramu do końca spłaty Kredytu z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów restrukturyzowanych kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości rat Kredytu wynikających z aktualnego harmonogramu spłaty Kredytu nie będzie wyższa od kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty Kredytu.

4. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy jest wypłacane po 45-tym dniu trwania czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wysokości rat kredytowych, które stały się wymagalne od dnia rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy.

5. Świadczenie wypłacane zgodnie z ust. 1, 2 i 3 nie może być wyższe od sumy ubezpieczenia zgodnie z definicją zawartą w niniejszej umowie.

6. W przypadkach ubezpieczenia poważnego zachorowania, o których mowa w a) i b) poniżej należy:

a) W przypadku udaru mózgu - przedstawić dowody na istnienie neurologicznych objawów ubytkowych przez okres dłuższy niż 3 miesiące.

b) W przypadku nowotworów złośliwych - choroba musi być potwierdzona wynikami badań histologicznych.

7. Wystąpienie całkowitej trwałej niezdolności do pracy stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.

8. Wystąpienie czasowej niezdolności do pracy stwierdza Towarzystwo na podstawie doręczonego przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego orzeczonego przez lekarza okresu czasowej niezdolności do pracy potwierdzonego wystawionym drukiem ZUS ZŁA.

9. Wystąpienie poważnego zachorowania Ubezpieczonego stwierdza Towarzystwo na podstawie doręczonego przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.

10. Świadczenie, o którym mowa, wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności:

1) w razie zgonu:

(1) akt zgonu (odpis lub poświadczona kopia),

(2) raport zadłużenia (zadłużenie na dzień zajścia zdarzenia oraz zadłużenia na dzień zgłoszenia zdarzenia),

(3) zaświadczenie medyczne stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska),

(4) inne dokumenty mające wpływ na wysokość świadczenia (np. raporty odsetek karnych).

2) w razie całkowitej trwałej niezdolności do pracy:

(1) orzeczenie lekarza o całkowitej, trwałej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji,

(2) dokumentacja medyczna dotycząca schorzenia będącego przyczyną całkowitej trwałej niezdolności do pracy /np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Kredytobiorcy na komisję ZUS/.

W przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych itp., konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie,

(3) raport zadłużenia (zadłużenie na dzień zajścia zdarzenia oraz zadłużenia na dzień zgłoszenia zdarzenia).

3) w razie czasowej niezdolności do pracy:

(1) orzeczenie lekarza o czasowej niezdolności do pracy potwierdzone wystawionym drukiem ZUS ZŁA,

(2) dokument poświadczający aktualny stan prawny podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą (Ubezpieczonego) lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilnoprawna).

4) w razie poważnego zachorowania: wszelkie wskazane przez Towarzystwo dokumenty, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się m.in. wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala.

6. W przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia, należy dołączyć opis okoliczności wypadku, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury) oraz sygnatury sprawy.

7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania bez pośrednictwa osoby uprawnionej o dodatkowe dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty mogą być uzyskiwane w szczególności od jednostek służby zdrowia w ramach upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

8. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o wypadku ubezpieczeniowym i otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

9. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie Towarzystwa zostanie wypłacone 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. 13.

## VIII. Pakiet dodatkowy

1. Definicje:

1) **Certyfikat** – dokument będący potwierdzeniem objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach pakietu dodatkowego, wydawany przez pracownika Ubezpieczającego, którego wzór stanowi załącznik nr 7 do umowy generalnej.

2) **Planowana data spłaty kredytu** – data określona w umowie kredytu oraz w harmonogramie spłaty kredytu.

3) **Wcześniejsza spłata kredytu** – spłata kredytu przed planowanym terminem spłaty kredytu określonym w umowie kredytu oraz w harmonogramie spłaty kredytu.

4) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego oraz które było bezpośrednią i wyłączną Przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa.

2. Zakres i objęcie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo.

1) W przypadku wcześniejszej spłaty kredytu, na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczonemu objęcie ochroną w ramach pakietu dodatkowego. Pisemne oświadczenie woli danego Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną w ramach pakietu dodatkowego może być wyrażone albo w osobnym oświadczeniu złożonym przez Ubezpieczonego albo w umowie kredytowej.

2) Skuteczność zgody o której mowa w pkt 1) zdanie drugie zależy od spełnienia dwóch przesłanek: wcześniejszej spłaty kredytu przez Ubezpieczonego oraz złożenia propozycji objęcia ochroną w ramach pakietu dodatkowego przez Ubezpieczającego.

3) Odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach pakietu dodatkowego objęte są następujące zdarzenia :

a) pakiet pierwszy – Zgon Ubezpieczonego i Medical Assistance

b) pakiet drugi – Zgon Ubezpieczonego, zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku i Medical Assistance zgodnie ze wskazaniem w certyfikacie.

4) Zakres ubezpieczenia wskazanym w pkt 3). w ramach Pakietu dodatkowego uzależniony jest od zakresu ochrony świadczonej przez Towarzystwo, będącej zabezpieczeniem udzielonego przez Ubezpieczającego kredytu, który spłacany jest przed planowaną datą spłaty kredytu.

3. Suma Ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia w ramach pakietu dodatkowego uzależniona jest od wysokości składki do zwrotu w przypadku spłaty kredytu przed planowaną datą spłaty oraz od okresu, o który kredyt został skrócony

1) Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie może być niższa niż 1 000 zł.

2) Suma ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wskazana jest przez Towarzystwo w certyfikacie.

4. Składka.

1) Składka za ubezpieczenie w ramach pakietu dodatkowego każdego z Ubezpieczonych pobierana jest jednorazowo ze środków będących składką do zwrotu w przypadku spłaty kredytu przed planowaną datą spłaty kredytu .

2) Jeżeli po pobraniu jednorazowej składki o której mowa w ust 1, ze środków będących składką do zwrotu, pozostaną środki do zwrotu – środki te zostaną zwrócone na wniosek Ubezpieczającego.

3) W przypadku wygaśnięcia ochrony Ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia w ramach pakietu dodatkowego wskazanego w certyfikacie. Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokona zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony.

4) Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony w ramach pakietu dodatkowego nastąpi według proporcjonalnego rozliczenia składki w stosunku do czasu ochrony.

5. Okres Ubezpieczenia.

1) Okres Ubezpieczenia uzależniony jest od okresu, o który kredyt został skrócony.

2) Okres ubezpieczenia nie może być dłuższy niż 6 miesięcy.

3) Okres ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wskazany jest przez Towarzystwo w certyfikacie.

6. Czas trwania odpowiedzialności.

1) Odpowiedzialność Ubezpieczycieli w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w ramach pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dacie wskazanej w certyfikacie jako data początku ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej jednak niż w dniu rozliczenia przez Ubezpieczającego wcześniejszej spłaty kredytu.

2) Odpowiedzialność Ubezpieczycieli w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w ramach pakietu dodatkowego wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia:

a) z końcem dnia w którym:

nastąpił zgon Ubezpieczonego rozwiązana została umowa ubezpieczenia upełniony okres ubezpieczenia wskazany w certyfikacie;

b) z końcem ostatniego dnia miesiąca w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową.

7. Wyłączenia odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeżeli wypadek nastąpi bezpośrednio w wyniku:

1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzypisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,

2) wszelkich zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10,

3) wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,

4) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,

5) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru,

6) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską i skałkowa, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych,

7) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,

8) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

9) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem,

10) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku,

11) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności,

12) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) Ubezpieczonego,

13) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,

14) kłęski żywiołowej ogłoszonej przez odpowiednie organy administracji państwowej.

8. Ustalenie i wypłata świadczenia

1) Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w certyfikacie.

2) Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w certyfikacie.

3) Świadczenie, o którym mowa w pkt 1) otrzymuje Uposażony wskazany w certyfikacie.

4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

a) współmałżonkowi,

b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka,

c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,

d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,

e) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

5) Świadczenie, o którym mowa w pkt 1), jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty, o których mowa w pkt VII ust 10 pkt

1) ppkt (1), oraz (3) wraz z certyfikatem Ubezpieczonego.

6) Świadczenie, o którym mowa w pkt 2) jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty o których mowa w pkt VII ust 10 pkt 1) ppkt (1), (3) wraz z certyfikatem Ubezpieczonego oraz dodatkowo:

a) dokument stwierdzający tożsamość Uposażonego,

b) opis okoliczności wypadku,

c) postanowienia o umorzeniu dochodzenia/śledztwa, jeżeli było prowadzone postępowanie,

d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia policji).

7) Komplet dokumentów, o których mowa w pkt 5 i 6 osoba uprawniona składa w jednostce organizacyjnej Ubezpieczającego (placówce bankowej), w której podpisana została Umowa, lub też w przypadku podpisania umowy za pośrednictwem podmiotu współpracującego z Bankiem w zakresie prowadzonej działalności bankowej - w miejscu prowadzenia przez ten podmiot działalności, w którym podpisana została Umowa. Bank niezwłocznie, nie później niż w ciągu dwóch dni roboczych, po dokonaniu weryfikacji kompletności dokumentów przesyła je do Towarzystwa.

8) Wszelkie dokumenty potrzebne do rozpatrzenia roszczenia należy złożyć w oryginale, bądź jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Osobą uprawnioną do potwierdzania za zgodność z oryginałem jest:

a) pracownik instytucji wystawiającej dany dokument,

b) notariusz,

c) pełnomocnik wyznaczony przez Bank

## IX. Postanowienia końcowe

1. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający będący osobą fizyczną lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać pisemnie do Zarządów Ubezpieczycieli za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Ubezpieczycieli, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.

2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy

miejscowo dla siedziby Ubezpieczycieli) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający lub uposażony powinien niezwłocznie powiadomić Ubezpieczycieli najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia powzięcia informacji o jego zaistnieniu.

4. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie, za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.

5. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Ubezpieczycieli, przyjmuje się, że Ubezpieczyciele wypełnili swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany im adres.

6. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

7. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

## Warunki ubezpieczenia świadczeń medycznych dla Ubezpieczonego w ramach programu – Medical Assistance

### Postanowienia ogólne

#### §1

1. Świadczenia medyczne są udzielane za pośrednictwem wskazanego przez Compensę operatora.

2. Świadczenia medyczne są udzielane 24 godziny na dobę, wyłącznie dla zdarzeń zaistniałych na terytorium RP oraz świadczona na terytorium RP.

3. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Umowie Generalnej, zaś poniższe określenia oznaczają:

1) Nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł,

2) Nagłe zachorowanie – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,

3) Choroba – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju z wyjątkiem chorób przewlekłych,

4) Hospitalizacja – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia,

5) Lekarz uprawniony – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego,

6) Centrum Operacyjne - przedstawiciel Compensy udzielającego świadczeń medycznych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Compensę za pośrednictwem Ubezpieczającego,

7) Sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie,

8) Urodzenie martwego dziecka – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka,

9) Choroba przewlekła – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczoną, oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,

10) Choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD –10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,

11) Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością na podstawie niniejszych Warunków polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w pkt 3), nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 2) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,

12) Placówka medyczna – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP,

13) Świadczenie medyczne – zapewnienie przez Compensę organizacji i pokrycia kosztów usług medycznych, o których mowa w §3 ust. 2-7,

14) Towarzystwo – Compensa TU SA Vienna Insurance Group

### Przedmiot ubezpieczenia

#### §2

1. Przedmiotem ubezpieczenia zgodnie z niniejszymi Warunkami jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.

2. Na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonym świadczeń medycznych polegających na organizacji lub pokryciu kosztów usług określonych w § 3 ust 2-7.

### Zakres ubezpieczenia

#### §3

1. Zakres ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków obejmuje świadczenia medyczne wyłącznie na terytorium RP.

2. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 1 ust. 4 pkt 11 Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych usług medycznych:

1) **opieka po hospitalizacji** – jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzeniem przez uprawnionego lekarza medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego,

2) **dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza** w sytuacji, gdy zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego Ubezpieczony wymaga leżenia,

3) **transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej** wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego,

4) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu** w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.

3. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, poza usługami określonymi w ust. 2, Towarzystwo gwarantuje organizację i pokrycie kosztów poniższych usług :

1) **wizyty lekarskiej** – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego,

2) **wizyty pielęgniarki** – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego,

3) **organizację procesu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów jednej wizyty fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego albo zorganizowanie i pokrycie kosztów jednorazowego transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz jednej wizyty w poradni rehabilitacyjnej. Usługa ma na celu udzielenie Ubezpieczonemu rekomendacji co do dalszego toku przebiegu procesu rehabilitacyjnego,

4) **organizacji wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego**, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego,

5) **opieka nad dziećmi** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:

a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),

b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy).

4. Centrum Operacyjne świadczy usługi wskazane w ust. 3 pkt 5 po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki.

5. W przypadku, gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług wymienionych w ust 3 pkt 5 Towarzystwo:

1) organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 150 zł za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną,

2) Powyższe usługi są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.

6. W razie pogorszenia się stanu zdrowia w związku z zajściem trudnej sytuacji losowej, takiej jak: zgon dziecka Ubezpieczonego lub urodzenie martwego dziecka, zgon współmałżonka Ubezpieczonego, choroba Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego, Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu **Pomoc psychologa** polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa.

7. Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu **dostęp do infolinii medycznej** – polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjne, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Towarzystwo gwarantuje również Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:

- 1) jednostek chorobowych,
- 2) stanów wymagających nagłej pomocy,
- 3) zachowań pro zdrowotnych,
- 4) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
- 5) pielęgnacji niemowląt,
- 6) transportu medycznego,
- 7) grup wsparcia, telefonów zaufania,
- 8) diet, zdrowego żywienia,
- 9) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
- 10) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 11) informacji o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku, Informacje, o których mowa w ust. 7, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i Towarzystwa.

8. Wszystkie wymienione powyżej usługi medyczne (za wyjątkiem ust. 7 – Dostęp do informacji- infolinia medyczna) świadczone są do łącznej kwoty 2500 zł na zdarzenie ubezpieczeniowe. **Limit kosztów określony w niniejszym artykule może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.** Dostęp do informacji – infolinia medyczna organizowana jest bez limitów.

9. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz uprawniony.

#### Wyłączenie odpowiedzialności

##### §4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
- 3) kosztów zakupu leków,
- 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie),
- 5) kosztów powstałych z tytułu i w następie:
  - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
  - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
  - c) pozostawiania Ubezpieczonego, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
  - d) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD –10,
  - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.),
  - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe, narciarstwo,
  - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
  - h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
  - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
  - j) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
  - k) chorób przewlekłych.

#### Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa

##### §5

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług, o których mowa w niniejszych Warunkach, Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązani są – przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie – niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę

o pomoc do Centrum Operacyjnego, tel. 022 570 47 09. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z Centrum Operacyjnym, powinni dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzom uprawnionym dostęp do wszystkich informacji medycznych.

2. Na życzenie Centrum Operacyjnego, zarówno Ubezpieczony, jak i osoba występująca w jego imieniu, zobowiązani są przekazać następujące informacje:

- 1) nazwisko i imię Ubezpieczonego oraz numer PESEL, i w miarę możliwości jego numer telefonu,
  - 2) numer umowy kredytowej,
  - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy,
  - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
  - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub pokrycia jego kosztów w wysokości, jakie poniósłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu nie dopełniłi któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej.

4. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sami pokrył koszty usług medycznych, o których mowa w §2 ust. 1 i 2, Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z pomocy medycznej i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez Centrum Operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie.

5. Podanie przez Ubezpieczonego nieprawdziwych danych dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje utratę prawa do korzystania ze świadczeń medycznych bądź odmowę zwrotu kosztów, o której mowa w ust. 4.

6. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych Warunkach może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej czy o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej, udokumentowanych przez Towarzystwo.

#### Wyciąg z umowy generalnej ubezpieczenia kredytów konsumpcyjnych dla osób fizycznych udzielanych przez Euro Bank S.A.

##### I. Postanowienia ogólne

1. Wprowadzone w umowie ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **kredyt** – kredyt lub pożyczka udzielony Kredytobiorcy przez Bank na podstawie umowy kredytu bankowego lub pożyczki zawartej pomiędzy tymi podmiotami,
- 2) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna będąca stroną umowy kredytowej zawartej z Bankiem, zatrudniona na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub określony,
- 3) **umowa kredytowa** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą, na podstawie procedur bankowych, której przedmiotem jest udzielenie Kredytobiorcy przez Bank kredytu,
- 4) **procedury bankowe** – regulamin wraz z instrukcją i załącznikami stosowanymi przez Bank przy udzielaniu kredytów,
- 5) **rata kredytu** – rata kredytu (kapitałowo-odsetkowa) wynikająca z umowy kredytowej określona w harmonogramie spłat kredytu,
- 6) **osoba bezrobotna** – bezrobotny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. Nr 99, poz. 1001 z późn. zm.) któremu przysługuje prawo do zasiłku,
- 7) **utrata pracy** – utrata przez Kredytobiorcę stałego źródła dochodu na skutek rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę za wypowiedzeniem, z zastrzeżeniem postanowień § 10 niniejszej umowy, oraz uzyskanie statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych,
- 8) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – utrata pracy przez Kredytobiorcę w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej,
- 9) **szkoda** – niespłacenie przez Kredytobiorcę rat kredytu w wyniku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 10) **odszkodowanie** – wypłacana przez Ubezpieczyciela kwota odpowiadająca sumie wymagalnych rat kredytu, niespłaconych przez Kredytobiorcę na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień §2 niniejszej umowy,
- 11) **suma ubezpieczenia** – kwota określająca górną granicę odpowiedzialności w zakresie każdej objętej ochroną ubezpieczeniową umowy kredytowej, odpowiadająca sumie 18 rat kredytu niespłaconych przez Kredytobiorcę w następstwie utraty pracy i wymagalnych w okresie posiadania przez Kredytobiorcę statusu osoby bezrobotnej w rozumieniu niniejszej umowy,

12) **okres rekwalifikacji** – okres 12 miesięcy, który musi upłynąć pomiędzy dwoma następującymi po sobie zdarzeniami ubezpieczeniowymi, aby przysługiwało odszkodowanie z tytułu późniejszego z tych zdarzeń; okres ten liczony jest od 30 dnia po terminie płatności przez Ubezpieczyciela ostatniej raty kredytu przysługującej jako odszkodowanie w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego,

13) **raport rozliczenia składek** – dokument sporządzany przez Bank w formie elektronicznej, zawierający informację o zawartych w danym miesiącu umowach kredytowych i Kredytobiorcach, którzy przystąpili do ubezpieczenia,

14) **raport rozliczenia zmian** - dokument sporządzany przez Bank, w formie elektronicznej, zawierający informację o wygasłych umowach kredytowych, w tym o umowach rozwiązyanych na skutek wcześniejszej spłaty kredytu przez kredytobiorców, którzy objęci są dodatkową ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §12 niniejszej umowy,

15) **restrukturyzacja umowy** – zmiana umowy kredytowej mająca na celu poprawę zdolności kredytowej Kredytobiorcy poprzez ustalenie nowych terminów płatności rat (lub zwiększenia ich ilości) lub zmiany prawnych form zabezpieczeń wierzycelności bankowych w stosunku do pierwotnie ustalonych pomiędzy stronami umowy kredytowej,

16) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte postanowieniami umowy ubezpieczenia powodujący powstanie szkody,

17) **Ubezpieczyciel** – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskie 162.

## II. Przedmiot umowy i zakres odpowiedzialności

1. Przedmiotem ubezpieczenia są spłaty rat kredytu objęte ochroną ubezpieczeniową na zasadach i warunkach określonych w niniejszej umowie.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej umowy, w zakresie każdej indywidualnej umowy kredytowej objętej ochroną ubezpieczeniową i wszystkich związanych z nią zdarzeń ubezpieczeniowych, które mogą wystąpić w okresie ubezpieczenia, ograniczona jest do 18 miesięcznych rat kredytu niespłaconych przez Kredytobiorcę na skutek utraty pracy, wymagalnych w okresie kiedy Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną, z zastrzeżeniem ust. 3, 4, 5 i 6 poniżej. Z zastrzeżeniem postanowień pkt VII ust.3 umowy, w ramach powyższego limitu, odszkodowanie wypłacane jest za każdy udokumentowany miesiąc, w którym Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną.

3. W przypadku wystąpienia dwóch lub więcej zdarzeń ubezpieczeniowych, w odniesieniu do jednej umowy kredytowej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu drugiego lub kolejnych z tych zdarzeń ubezpieczeniowych uzależniona jest od upływu okresu rekwalifikacji, w którym Kredytobiorca pozostawał w zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub czas określony.

4. Wysokość wymagalnych rat kredytu wypłacanych przez Ubezpieczyciela w ramach odszkodowania, na podstawie niniejszej umowy, ustalana jest w oparciu o harmonogram spłat kredytu obowiązujący w dniu zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z tym zastrzeżeniem, że jeżeli wysokość wyliczonego w ten sposób odszkodowania byłaby wyższa niż wysokość odszkodowania wyliczona na podstawie harmonogramu spłaty kredytu uzgodnionego przez Bank i Kredytobiorcę przy zawieraniu umowy kredytowej, odszkodowanie wypłacane jest w oparciu o harmonogram spłat kredytu obowiązujący w dniu zawarcia umowy kredytowej.

5. W przypadku niegodnego z prawem rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia z winy pracownika, zakres ubezpieczenia nie obejmuje rat kredytu wymagalnych w okresie do dnia uprawomocnienia się orzeczenia sądu stwierdzającego, iż rozwiązanie umowy o pracę było niezgodne z prawem.

6. W przypadku wcześniejszej spłaty kredytu przez Kredytobiorcę, Kredytobiorca może być objęty dodatkową ochroną ubezpieczeniową, jeżeli złoży stosowne oświadczenie, na zasadach określonych w pkt VIII niniejszej umowy.

## III. Zawarcie umowy i obejmowanie ochroną ubezpieczeniową

1. Ubezpieczeniem, na podstawie niniejszej umowy, może zostać objęta umowa kredytowa zawarta z Kredytobiorcą, który w dniu zawarcia umowy kredytowej złoży pisemne oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia, o treści zgodnej z załącznikiem nr 1 do niniejszej umowy. Kredytobiorca w powyższym oświadczeniu może również wyrazić zgodę na objęcie go dodatkową ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z pkt VIII, po rozwiązaniu umowy kredytu w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu.

## IV Składka

1. Składka ubezpieczeniowa za każdą ubezpieczoną umowę kredytową płatna jest jednorazowo, z góry, za cały okres trwania umowy kredytowej.

2. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przed upływem okresu kredytowania wskazanego w umowie kredytowej, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego dokona, zwrotu składki proporcjonalnie za niewykorzystany okres ochrony.

3. Jeżeli Kredytobiorca objęty jest dodatkową ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z pkt. VIII, to w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu zwrot składki następuje zgodnie z zasadami opisanymi w pkt. VIII niniejszej umowy.

## V. Czas trwania odpowiedzialności

1. Ochrona ubezpieczeniowa dla każdej ubezpieczonej umowy kredytowej rozpoczyna się od dnia podpisania przez Kredytobiorcę oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia i trwa przez okres obowiązywania umowy kredytowej.

2. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdej umowy kredytowej wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy z dniem, w którym:

- 1) wygasa umowa kredytowa, z zastrzeżeniem pkt VIII niniejszej umowy,
- 2) osiągnięty został maksymalny okres wypłaty odszkodowania, Kredytobiorca nabył prawa do emerytury,
- 3) nastąpił zgon Kredytobiorcy,
- 4) upłynął okres kredytowania, wskazany pierwotnie w podpisanej przez Kredytobiorcę z Bankiem umowie kredytowej – w przypadku restrukturyzacji umowy, skutkującej zmianą harmonogramu spłat kredytu.

3. Ubezpieczyciel zaprzestaje wypłaty odszkodowania z tytułu danego zdarzenia ubezpieczeniowego z dniem, w którym:

- 1) osiągnięty został maksymalny okres wypłaty odszkodowania
- 2) Kredytobiorca nabył prawa do emerytury,
- 3) nastąpił zgon Kredytobiorcy,
- 4) orzeczona została całkowita niezdolności do pracy lub inwalidztwo Kredytobiorcy,
- 5) Kredytobiorca, po utracie pracy podjął pracę,
- 6) Kredytobiorca utracił status osoby bezrobotnej,
- 7) upłynął okres kredytowania, wskazany pierwotnie w podpisanej przez Kredytobiorcę z Bankiem umowie kredytowej – w przypadku restrukturyzacji umowy, skutkującej zmianą harmonogramu spłat kredytu.

## VI. Wyłączenia odpowiedzialności

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności w sytuacji, gdy utrata pracy przez Kredytobiorcę nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) uzyskania przez Kredytobiorcę uprawnień emerytalnych lub rentowych;
- 2) rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron;
- 3) rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia z winy Kredytobiorcy,
- 4) wygaśnięcia umowy o pracę z innych przyczyn niż wypowiedzenie przez pracodawcę.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku gdy Kredytobiorca, pomimo otrzymania statusu osoby bezrobotnej, nie uzyskał prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

## VII. Ustalenie i wypłata świadczenia

1. W razie powstania szkody, Bank kieruje do Ubezpieczyciela pisemne wezwanie do zapłaty odszkodowania. Wezwanie to winno być podpisane przez osoby upoważnione do reprezentowania Banku oraz powinno zawierać załączniki wymienione w wezwaniu.

2. Wezwanie, o którym mowa w ust. 1, Bank jest obowiązany złożyć Ubezpieczycielowi w terminie do 10 dni od upływu okresu w którym miała nastąpić płatność pierwszej niezapłaconej raty kredytu, jednak nie wcześniej niż po uzyskaniu informacji o zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego lub do 15 dni od dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku gdy Kredytobiorca posiada pakiet dodatkowy ubezpieczeń.

3. Odszkodowanie wypłacane jest zgodnie z harmonogramem spłat rat kredytu,

za każdy udokumentowany miesięczny okres, w którym Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, z wyłączeniem miesiąca w którym Kredytobiorca uzyskał status osoby bezrobotnej.

4. W terminie do 14 dni roboczych od dnia otrzymania wezwania, o którym mowa w ust. 1 oraz dokumentów określonych w wezwaniu do zapłaty Ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie lub powiadamia Bank o odmowie wypłaty odszkodowania.

5. Gdyby w terminie określonym w ust.4 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty odszkodowania okazało się niemożliwe, odszkodowanie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część odszkodowania powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 4.

6. Zapłata odszkodowania następuje na rzecz Banku, na wskazany w Wezwaniu do zapłaty odszkodowania rachunek w złotych polskich.

7. Wypłata odszkodowania lub świadczenia z jakiegokolwiek innego ubezpieczenia zawartego przez Bank lub cedowanego na Bank dotyczącego danej umowy kredytowej objętej ubezpieczeniem na podstawie niniejszej umowy odpowiednio zmniejsza wysokość odszkodowania z tytułu niniejszej umowy.

## VIII. Dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu

1. W przypadku rozwiązania umowy kredytowej na skutek wcześniejszej spłaty kredytu przez Kredytobiorcę, Kredytobiorcy przysługuje dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa na wypadek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli Kredytobiorca złoży oświadczenie wyrażające zgodę na objęcie go dodatkową ochroną ubezpieczeniową, z uwzględnieniem postanowień poniższych ustępów tego paragrafu.

2. W ramach dodatkowej ochrony, o której mowa w ust.1, Ubezpieczyciel wypłaci Kredytobiorcy, w przypadku wystąpienia zdarzenia

ubezpieczeniowego, odszkodowanie za każdy udokumentowany miesięczny okres, przypadający w okresie ubezpieczenia, w którym Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną, jednakże z wyłączeniem miesiąca w którym Kredytobiorca uzyskał status osoby bezrobotnej, w wysokości rat kredytu wskazanych w harmonogramie spłaty kredytu, obowiązującym w dniu zawarcia umowy kredytowej.

3. Dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w ust.1 rozpoczyna się od dnia rozwiązania umowy kredytowej i trwa do dnia do którego trwałaby umowa kredytowa gdyby nie uległa rozwiązaniu na skutek wcześniejszej spłaty kredytu, jednak nie dłużej niż 6 miesięcy. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pod warunkiem umieszczenia danych dotyczących danej umowy kredytowej i wcześniejszej spłaty kredytu w raporcie rozliczenia zmian.

4. Przy ustalaniu i wypłacie odszkodowania stosuje się odpowiednio postanowienia pkt VII z zastrzeżeniem postanowień ust.5.i 6.

5. Wezwanie do zapłaty odszkodowania kierowane jest do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Banku.

6. Odszkodowanie wypłacane jest Kredytobiorcy na rachunek bankowy wskazany przez niego w zgłoszeniu roszczenia.

7. Składka ubezpieczeniowa z tytułu dodatkowej ochrony, o której mowa w ust.1 jest równa kwocie składki ubezpieczeniowej podlegającej zwrotowi na skutek wcześniejszej spłaty kredytu.

8. Zapłata składki z tytułu dodatkowej ochrony, o której mowa w ust.1, dokonywana jest w drodze potrącenia ze składki podlegającej zwrotowi na skutek wcześniejszej spłaty kredytu. Jeżeli składka podlegająca zwrotowi wynosi więcej niż 400 zł, nadwyżka ponad 400 zł zwracana jest Bankowi przez Ubezpieczyciela.

9. W zakresie dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w ust.1 w sprawach nie uregulowanych w niniejszym paragrafie mają odpowiednie zastosowanie pozostałe postanowienia niniejszej umowy.

#### **IX. Postanowienia końcowe**

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

2. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, należy zgłaszać pisemnie do Ubezpieczyciela za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Ubezpieczyciela) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Kredytobiorcy .

4. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Bank lub Kredytobiorca powinien niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela najpóźniej w ciągu 14 dni od dnia powzięcia informacji o jego zaistnieniu.

5. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie, za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.

6. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

7. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową.

8. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia przerywa się przez zgłoszenie Ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

*Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 31.10.2008 r.*