

Wyciąg z warunków umowy ubezpieczenia

1. Postanowienia ogólne

Wprowadzone w umowie ubezpieczenia określenia oznaczają:

Dyrekcja Generalna Towarzystwa - Centrala Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska SA mieszcząca się przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02 – 685 w Warszawie;

akt terroru – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciwko społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;

czasowa niezdolność do pracy – orzeczoną przez lekarza okres czasowej niezdolności do pracy który trwa nieprzerwanie co najmniej 60 dni, potwierdzony wystawionym drukiem ZUS ZLA;

całkowite trwałe inwalidztwo – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie, a także podejmowania jakiejkolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona na okres co najmniej 12 miesięcy przez ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie. Wystąpienie inwalidztwa stwierdza lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie;

harmonogram spłaty kredytu - dokument sporządzony przez Bank, będący załącznikiem do umowy kredytowej, określający wysokość rat pozostających do spłaty w poszczególnych okresach;

karencja – wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia wskazanych w umowie ubezpieczenia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową przez okres wskazany w treści umowy ubezpieczenia;

kredyt ratalny – kredyt konsumpcyjny udzielony Ubezpieczonemu przez Bank na podstawie umowy kredytu bankowego zawartej pomiędzy tymi podmiotami, z przeznaczeniem na zakup towarów określonych w umowie;

kredyt restrukturyzowany - umowa pomiędzy Bankiem i Ubezpieczonym mająca na celu poprawę zdolności kredytowej Klienta 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 kredytu ratalnego;

Kredytobiorca – osoba fizyczna będąca stroną umowy kredytowej z Bankiem;

kwota raty kredytu – rata kredytu (w rozumieniu umowy pomiędzy Bankiem a Ubezpieczonym) wymagalna w dniu lub po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia;

kwota zadłużenia w dniu wypłaty świadczenia – należność równa sumie:

- kapitału kredytu pozostającego do spłaty w dniu zajścia zdarzenia oraz
- odsetek według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej, liczonych od nie przeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia akceptacji roszczenia, jednak nie dłuższy niż 90 dni oraz
- odsetek karnych według przewidzianej umową kredytu stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia akceptacji roszczenia, jednak nie dłuższy niż 90 dni;

lekarz uprawniony – doradca medyczny wskazany przez Towarzystwo i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskami o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;

okres ochrony ubezpieczeniowej – czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, równy okresowi trwania umowy kredytowej, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust 4;

osoby nieaktywne zawodowo – osoby uzyskujące świadczenia na podstawie ustawy z dnia 17 grudnia 1998r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (tekst jednolity Dz. U. 2004 nr 39 poz. 353 z późn. zm.), ustawy z dnia 27 czerwca 2003r. o rencie socjalnej (Dz.U.2003 nr 135 poz. 138 z późn. zm.), ustawy z dnia 30 kwietnia 2004r. o świadczeniach przedemerytalnych (Dz.U. 2004 nr 120 poz. 1252) lub innych aktów prawnych stanowiących podstawę nabycia i wypłaty świadczeń emerytalnych lub rentowych.

pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;

poważne zachorowanie Ubezpieczonego – polegające na wystąpieniu objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w pkt a), b), c), d), e) i f) lub przebiegu zabiegów operacyjnych w szczególności i zdefiniowanych w pkt g), h) i i) pod warunkiem, że objawy choroby lub chorób zdefiniowanych w pkt a), b), c), d), e) i f) oraz chorób lub chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w pkt g), h) i i) pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony zostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy choroby lub chorób lub daty zabiegu operacyjnego;

- złosiwa choroba nowotworowa** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia złośliwej choroby nowotworowej wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu całkowitej utraty wzroku, przeszczepu, udaru do wystąpienia którego przyczyniła się złosiwa choroba nowotworowa,
- zawał serca** – śmieć martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pełną hospitalizacją, leczone i niepozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia zawału serca wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu zabiegu kardiochirurgicznego przeprowadzonego w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, do której przyczynił się przeżyty zawał serca,
- udar mózgu** – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wyznaczenia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podopajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pełnym leczeniem szpitalnym, zator tęczowy, zator powięziny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z ty-

tu wystąpienia udaru mózgu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia całkowitej utraty wzroku, złośliwej choroby nowotworowej, do których przyczynił się udar mózgu,

- niewydolność nerek** – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagającą leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia niewydolności nerek wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu przeszczepu, do wystąpienia którego przyczyniła się niewydolność nerek,
- całkowita utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu. O utrwalałym charakterze utraty wzroku orzeka specjalista po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia całkowitej utraty wzroku wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia całkowitej utraty wzroku,
- stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym**, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - 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);
- zabiegi kardiochirurgiczne** – zabiegi kardiochirurgiczne 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. W przypadku jeżeli przeprowadzenie zabiegu pozostaje w związku z poważnym zachorowaniem – zawałem serca - uznanym przez Towarzystwo świadczenie z tytułu zabiegu kardiochirurgicznego nie jest należne,
- zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu** – zabiegi kardiochirurgiczne 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,
- przeszczep** – przeszczep Ubezpieczonego jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Uznanie roszczenia przez Towarzystwo z tytułu przeszczepu wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu wystąpienia każdego innego poważnego zachorowania z katalogu, które przyczyniło się do wystąpienia przeszczepu,

przestępstwo – jest to czyn człowieka zabroniony pod groźbą kary jako zbrodnia lub występki, przez ustawę karną obowiązującą w czasie jego popełnienia, bezprawny, zawiniony i społecznie szkodliwy w stopniu wyższym niż znikomy;

raport miesięcznego rozliczenia składek – dokument sporządzany przez Ubezpieczającego w formie elektronicznej, zawierający informację o kredytach udzielonych w danym miesiącu i Kredytobiorcach, którzy przystąpili do ubezpieczenia;

raport miesięcznego rozliczenia zmian - dokument sporządzany przez Ubezpieczającego, w formie elektronicznej, zawierający informację o rozwiązanych umowach kredytowych;

suma ubezpieczenia - kwota wypłacana w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie przekraczająca 40 000 zł, stanowiąca:

- w przypadku wystąpienia zgonu lub całkowitego trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego - kwotę zadłużenia w dniu wypłaty świadczenia,
- w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania - kwotę raty (rat) kredytu jaką Ubezpieczony jest zobowiązany wpłacić do Banku zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia, z zastrzeżeniem limitów i postanowień pkt 6;

Ubezpieczający – Euro Bank S.A.;

Ubezpieczony – Kredytobiorca, którego życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;

Uposażony/Uprawniony – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie (suma ubezpieczenia) w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem;

zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa polegające na zgonie Ubezpieczonego lub na wystąpieniu u niego całkowitego trwałego inwalidztwa oraz w zależności od zakresu ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania, które zaszło w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa (ochrony ubezpieczeniowej). W przypadku wystąpienia zgonu za datę wystąpienia zdarzenia przyjmuje się datę zgonu Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia całkowitego trwałego inwalidztwa za datę wystąpienia zdarzenia przyjmuje się datę orzeczenia inwalidztwa przez ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, o ile na tej podstawie fakt wystąpienia inwalidztwa stwierdzi lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa. W przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy za datę wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się pierwszy dzień zwolnienia lekarskiego wskazany na druku ZUS ZLA. W przypadku wystąpienia poważnego zachorowania za datę zdarzenia przyjmuje się datę zaistnienia poważnego zachorowania na podstawie doręczonej przez Ubezpieczającego oraz pozyskanej przez Towarzystwo dokumentacji medycznej.

2. Przedmiot umowy i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest:
 - w opcji I - obowiązkowej dla wszystkich Kredytobiorców, przystępujących do ubezpieczenia:
 - zgon;
 - całkowite trwałe inwalidztwo;
 - w opcji II – występującej jako rozszerzenie opcji I:
 - czasowa niezdolność do pracy – w odniesieniu do osób prowadzących własną działalność gospodarczą lub osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych;
 - poważne zachorowanie – w odniesieniu do osób nieaktywnych zawodowo, osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych, będących w wieku emerytalnym lub osób uzyskujących dochody z innego tytułu, będących w wieku emerytalnym;jeżeli wystąpiły w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z uwzględnieniem okresów karencji, o których mowa w pkt 4 ust 2 i 3.

3. Zawarcie umowy i obejmowanie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo

- W wykonaniu niniejszej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający działa wobec Towarzystwa we własnym imieniu, na rzecz Kredytobiorców. Osoby te po objęciu ubezpieczeniem stają się Ubezpieczonymi.
- Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu następnym po dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 75 lat oraz podpisała oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia.
- Z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego praw emerytalnych.

4. Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy kredytowej pomiędzy Kredytobiorcą a Bankiem i podpisania oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia oraz zapłacenia składki, z zastrzeżeniem jednak postanowień umowy generalnej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 90 dniowego okresu karencji, liczonego od dnia zawarcia umowy kredytowej pomiędzy Kredytobiorcą a Bankiem.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do ubezpieczenia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 30 dniowego okresu karencji, liczonego od dnia zawarcia umowy kredytowej pomiędzy Kredytobiorcą a Bankiem.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia, z końcem dnia, w którym:
 - 1) nastąpił zgon Ubezpieczonego;
 - 2) orzeczono całkowite trwale inwalidztwo Ubezpieczonego;
 - 3) rozwiązana została umowa kredytu na skutek upływu okresu jej wypowiedzenia przez Bank;
 - 4) nastąpiła całkowita spłata kredytu;
 - 5) upłynął okres kredytowania, wskazany pierwotnie w podpisanej przez Kredytobiorcę z Bankiem umowie kredytu – w przypadku restrukturyzacji umowy (kredyt restrukturyzowany), skutkującej zmianą harmonogramu spłat kredytu.

5. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu, jeżeli zgon nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego całkowitego trwałego inwalidztwa, jeżeli całkowite trwale inwalidztwo nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych 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) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, alpinizm, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską i skałkowa, trekking, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, żeglarstwo morskie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
 - 6) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 7) 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;
 - 8) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - 9) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 10) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego niezależnie od stanu poczytalności;
 - 11) epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 12) wypadku, który miał miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia;
3. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, jeżeli poważne zachorowanie nastąpi bezpośrednio i pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) choroby psychicznej lub zaburzenia zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
 - 3) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, alpinizm, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską i skałkowa, trekking, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, żeglarstwo morskie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
 - 6) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 7) 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;
 - 8) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - 9) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 10) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
 - 11) epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 12) wypadku, który miał miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia;
 - 13) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - 14) gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń poddania się opiece lekarskiej oraz nie postępował zgodnie z zaleceniami lekarza, co miało wpływ na rozwój choroby;
 - 15) zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszej umowy ubezpieczenia nie stanowią zabiegów operacyjnych wymienionych w pkt 1 ust. 1 pkt 16 ppkt g), h) oraz i), jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły kiedykolwiek przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.
4. Odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, w odniesieniu do zdarzenia określonego w § 1 pkt 16 ppkt a) i b), nie są objęci Ubezpieczeni, którzy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia ukończyli 65 rok życia.
5. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego czasowej niezdolności do pracy, jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpi bezpośrednio i pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych nie-

- zgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) choroby psychicznej lub zaburzenia zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
 - 3) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 5) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, alpinizm, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską i skałkowa, trekking, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, żeglarstwo morskie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
 - 6) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 7) 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;
 - 8) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - 9) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 10) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
 - 11) epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 12) wypadku, który miał miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia;
 - 13) ciąży lub macierzyństwa w okresie urlopu macierzyńskiego i wychowawczego lub dowolnych związanych z tymi zdarzeniami powikłań;
 - 14) dyskopatią i zbliżonymi dolegliwościami.
6. W przypadkach wskazanych w ustępach powyższych niniejszego paragrafu, z wyłączeniem ust.4, w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń, które są następstwem zachorowania lub wypadku, które nastąpiły w ciągu 24 miesięcy poprzedzających początek odpowiedzialności Towarzystwa.

6. Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu zgonu lub całkowitego trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości kwoty zadłużenia w dniu wypłaty świadczenia (suma ubezpieczenia zdefiniowana w pkt 1 ust. 20 pkt a), z tym zastrzeżeniem że w przypadku kredytów restrukturyzowanych kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości aktualnej kwoty zadłużenia w dniu zajścia zdarzenia nie będzie wyższa od kwoty zadłużenia wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu.
2. Wystąpienie całkowitego trwałego inwalidztwa u Ubezpieczonego stwierdza lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie.
3. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości kwoty raty lub rat kredytu jakie Ubezpieczony zobowiązany był wpłacić w okresie czasowej niezdolności do pracy zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia, jednak nie więcej niż 6 rat, z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów restrukturyzowanych kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości raty lub rat kredytu wynikających z aktualnego harmonogramu spłaty kredytu nie będzie wyższa od kwoty raty lub rat wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu.
4. Wystąpienie czasowej niezdolności do pracy stwierdza Towarzystwo na podstawie doręczonego przez Ubezpieczającego druku ZUS ZLA, będącego potwierdzeniem orzeczonego przez lekarza okresu czasowej niezdolności do pracy trwającej nieprzerwanie przez okres co najmniej 60 dni.
5. Za każde udokumentowane 30 dni zwolnienia lekarskiego przysługuje równowartość jednej miesięcznej raty kredytu.
6. W przypadku uznania zasadności roszczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaci kwotę, określoną w ust. 3, rozpoczynając od raty należnej po pierwszym dniu zwolnienia lekarskiego Ubezpieczonego.
7. Jeżeli czas trwania czasowej niezdolności do pracy, z tytułu wystąpienia której Towarzystwo uznało roszczenie, nie wyczerpuje jednorazowo okresu 180 dni – Towarzystwo uzna liczbę dni zwolnienia stanowiącą różnicę między 180 dniami, a liczbą dni wcześniej uznanych, o ile czas przebywania na kolejnym zwolnieniu będzie dłuższy niż 60 dni.
8. Z dniem uznania roszczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy za 180 dni w ciągu całego okresu ochrony ubezpieczeniowej, wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tego tytułu (ryzyka) względem danego Ubezpieczonego.
9. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości do 10 rat kredytu jakie Ubezpieczony zobowiązany jest wpłacić zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia, 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.
10. Wystąpienie poważnego zachorowania Ubezpieczonego stwierdza Towarzystwo na podstawie doręczonego przez Ubezpieczającego dokumentacji medycznej.
11. W całym okresie trwania ochrony udzielanej przez Towarzystwo z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia tylko za jedno zdarzenie.
12. Z dniem uznania roszczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tego tytułu (ryzyka) względem danego Ubezpieczonego.
13. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia nastąpi zgon lub całkowite trwale inwalidztwo Ubezpieczonego będące następstwem tej samej przyczyny, z której wystąpiła uprzednio czasowa niezdolność lub poważne zachorowanie, wówczas Towarzystwo pomniejszy świadczenie należne z tytułu zgonu lub całkowitego inwalidztwa o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu poważnego zachorowania.

7.

1. Świadczenie, o którym mowa w pkt 6, 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 przypadku zgonu Ubezpieczonego:
 - a) akt zgonu,
 - b) raport zadłużenia (potwierdzający wysokość zadłużenia na dzień wypłaty świadczenia),
 - c) zaświadczenie medyczne stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska),
 - d) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia,
 - e) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - f) raporty osdetek karnych
 - 2) w przypadku wystąpienia całkowitego trwałego inwalidztwa u Ubezpieczonego:
 - a) orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w zakresie całkowitego trwałego inwalidztwa,
 - b) dokumentacja medyczna dotycząca schorzenia będącego przyczyną inwalidztwa (np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Kredytobiorcy na komisję orzekającą). W przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci 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,
 - d) raport zadłużenia (potwierdzający wysokość zadłużenia na dzień wypłaty świadczenia),
 - e) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia,
 - f) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 3) w razie wystąpienia Ubezpieczonego czasowej niezdolności do pracy;
 - a) orzeczenie lekarza o czasowej niezdolności do pracy potwierdzone wystawionym drukiem ZUS ZLA,
 - b) dokument poświadczający aktualny stan prawny podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą (Ubezpieczonego) lub jego stan zatrudnienia (umowa cywilnoprawna),
 - c) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia,
 - d) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - e) raporty odsetek karnych.
 - 4) w przypadku wystąpienia Ubezpieczonego poważnego zachorowania:
 - a) 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,
 - b) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia,
 - c) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - d) raporty odsetek karnych
 - 5) 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) i sygnatury sprawy oraz protokół BHP (jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy).

2. Komplet dokumentów, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczony (w razie zgonu Ubezpieczonego osoby najbliższe Ubezpieczonemu) składa (ją) w jednostce organizacyjnej Banku (placówce bankowej) w której została podpisana umowa kredytowa 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 kredytowa. Bank niezwłocznie, nie później niż w ciągu dwóch dni roboczych, po dokonaniu weryfikacji kompletności dokumentów przesyła je do Towarzystwa.
3. 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) radca prawny Ubezpieczającego,
 - d) pełnomocnik wyznaczony przez Bank.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania bez pośrednictwa osoby uprawnionej lub Ubezpieczającego o dodatkowe dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty mogą być uzyskiwane w szczególności od jednostek służby zdrowia w ramach upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zaizolowania o wypadku
6. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie przez Towarzystwo 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. 5.
7. Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dokumentacja medyczna nie będąca w języku polskim winna być przedłożona Towarzystwu wraz z przysięgłym tłumaczeniem, z wyjątkiem dokumentów sporządzonych w języku angielskim, w przypadku których dopuszcza się ich przekładanie w oryginale bez dokonywania tłumaczenia.

8. Rozstrzygnięcie sporów

1. Strony zawierają niniejszą umowę ubezpieczenia w dobrej wierze i zobowiązują się do respektowania jej ustaleń oraz dążenia do rozwiązywania ewentualnych sporów mogących powstać na tle realizacji postanowień niniejszej umowy ubezpieczenia na drodze polubownej, w trybie wzajemnych spotkań i konsultacji.
2. W sprawach niuregulowanych niniejszą umową lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym lub ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
3. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem umów wykonywaniem umów ubezpieczenia, należy zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

9. Postanowienia końcowe

1. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienią adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
2. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu tego roszczenia, lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

Wyciąg z umowy generalnej ubezpieczenia kredytów ratalnych udzielanych przez Euro Bank S.A. dla osób fizycznych nr 00/07/359/5769182

Postanowienia ogólne § 1

1. Wprowadzone w umowie ubezpieczenia określenia oznaczają:
 - 1) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna będąca stroną umowy kredytowej zawartej z Bankiem, zatrudniona na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub określony;
 - 2) **umowa kredytowa** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą, na podstawie procedur bankowych, której przedmiotem jest udzielenie przez Bank, Kredytobiorcy kredytu ratalnego na zakup towaru wskazanego w umowie;
 - 3) **procedury bankowe** – regulamin wraz z instrukcją i załącznikami stosowanymi przez Bank przy udzielaniu kredytu ratalnego;
 - 4) **rata kredytu** – rata kredytu (kapitałowo-odsetkowa) wynikająca z umowy kredytowej określona w harmonogramie spłat kredytu;
 - 5) **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 póź. zm.) otrzymujący zasiłek dla bezrobotnych (posiadający prawo do zasiłku);
 - 6) **utrata pracy** – utrata przez Kredytobiorcę stałego źródła dochodu oraz uzyskanie statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, na skutek rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę za wypowiedzeniem, z zastrzeżeniem postanowień § 10 niniejszej umowy;

- 7) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – utrata pracy przez Kredytobiorcę w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 8) **szkoda** – niesplacenie przez Kredytobiorcę rat kredytu w wyniku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) **odszkodowanie** – wypłacana przez TU Allianz kwota odpowiadająca sumie wymagalnych rat kredytu, niesplaconych przez Kredytobiorcę na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień §2 niniejszej umowy,
- 10) **suma ubezpieczenia** – kwota określająca górną granicę odpowiedzialności TU Allianz w zakresie każdej objętej ochroną ubezpieczeniową umowy kredytowej, odpowiadająca sumie 18 rat kredytu niesplaconych przez Kredytobiorcę w następstwie utraty pracy i wymagalnych w okresie posiadania przez Kredytobiorcę statusu osoby bezrobotnej w rozumieniu niniejszej umowy;
- 11) **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 TU Allianz ostatniej raty kredytu przysługującej jako odszkodowanie w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) **raport rozliczenia składek** – dokument sporządzany przez Ubezpieczającego w formie elektronicznej, zawierający informacje o zawartych w danym miesiącu umowach kredytowych i Kredytobiorcach, którzy przystąpili do ubezpieczenia;
- 13) **raport rozliczenia zmian** - dokument sporządzany przez Ubezpieczającego, w formie elektronicznej, zawierający informacje o wygasłych umowach kredytowych.
- 14) **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 wiarytelności bankowych w stosunku do pierwotnie ustalonych pomiędzy stronami umowy kredytowej

Przedmiot umowy i zakres odpowiedzialności § 2

1. Przedmiotem umowy są spłaty rat kredytu przez Allianz na rzecz Banku wskazanego w oświadczeniu Kredytobiorcy, składanego przy podpisaniu umowy kredytowej, wskazującego Bank jako podmiot uprawniony do otrzymania kwoty odszkodowania w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Odpowiedzialność TU Allianz 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 niesplaconych przez Kredytobiorcę na skutek utraty pracy, wymagalnych w okresie kiedy Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną, z zastrzeżeniem ust.3 poniżej. 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 TU Allianz 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 TU Allianz 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 wyliczonego 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.

Zawarcie umowy i obejmowanie ochroną ubezpieczeniową § 3

1. Umowa generalna dotyczy umów kredytowych zgłoszonych przez Bank do ubezpieczenia w okresie jej obowiązywania, za które zapłacono składkę ubezpieczeniową
2. Ubezpieczeniem, może zostać objęta umowa kredytowa zawarta z Kredytobiorcą, który w dniu zawarcia umowy kredytowej złoży pisemne oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia oraz oświadczenie, że w momencie przystąpienia do ubezpieczenia, oraz w okresie 6 miesięcy poprzedzających przystąpienie do ubezpieczenia, zatrudniony jest nieprzerwanie na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony oraz, że nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy o pracę lub urlopu bezpłatnego, macierzyńskiego ani wychowawczego.
3. Ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te umowy kredytowe, które zostały wskazane w miesięcznych raportach rozliczenia składek oraz, za które TU Allianz otrzymał składkę w odpowiedniej wysokości i terminie.

Czas trwania odpowiedzialności § 4

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. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pod warunkiem umieszczenia danej umowy kredytowej w przesłanym przez Bank raporcie rozliczenia składek ubezpieczeniowych oraz otrzymania przez TU Allianz składki ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia danej umowy kredytowej w określonym w umowie generalnej terminie
2. Ochrona ubezpieczeniowa TU Allianz w odniesieniu do każdej umowy kredytowej wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy z dniem, w którym:
 - 1) wygasa umowa kredytowa,
 - 2) osiągnięty został maksymalny okres wypłaty odszkodowania,
 - 3) Kredytobiorca nabył prawa do emerytury,
 - 4) nastąpił zgon Kredytobiorcy,
 - 5) upłynął okres kredytowania, wskazany pierwotnie w podpisanej przez Kredytobiorcę z Bankiem umowie kredytowej – w przypadku restrukturyzacji umowy, skutkującej zmianą harmonogramu spłat kredytu.
3. TU Allianz 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 niezdolność 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.

Wyłączenia odpowiedzialności § 5

1. TU Allianz 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 TU Allianz z tytułu ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku gdy Kredytobiorca, pomimo otrzymania statusu osoby bezrobotnej, nie uzyskał prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
3. TU Allianz jest zwolniony z odpowiedzialności jeżeli Kredytobiorca poświadczył nieprawdę w

oświadczeniu o którym mowa w §3 pkt 1.

Ustalenie i wypłata świadczenia **§ 6**

1. W razie powstania szkody, Bank kieruje do TU Allianz 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 w TU Allianz 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.
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 TU Allianz 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 TU Allianz powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Zapłata odszkodowania następuje na rzecz Banku, na wskazany rachunek w złotych polskich.
7. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku TU Allianz.
8. Jeżeli TU Allianz dokona na rzecz Banku zapłaty odszkodowania z tytułu umowy kredytowej, która nie była objęta ubezpieczeniem, Bank jest obowiązany niezwłocznie zwrócić TU Allianz wypłacone odszkodowanie wraz z odsetkami w wysokości średniej stopy WIBOR dla depozytów jednomiesięcznych, liczonymi od dnia wezwania Banku przez TU Allianz do zwrotu do dnia dokonania zwrotu przez Bank.
9. Wypłata odszkodowania lub świadczenia z jakiegokolwiek innego ubezpieczenia zawartego przez Bank lub scedowanego na Bank dotyczącego danej umowy kredytowej objętej ubezpieczeniem na podstawie niniejszej umowy odpowiednio zmniejsza wysokość odszkodowania z tytułu niniejszej umowy.

Rozstrzygnięcie sporów **§ 7**

1. Strony zawierają niniejszą umowę ubezpieczenia w dobrej wierze i zobowiązują się do respektowania jej ustaleń oraz dążenia do rozwiązywania ewentualnych sporów mogących powstać na tle realizacji postanowień niniejszej umowy ubezpieczenia na drodze polubownej, w trybie wzajemnych spotkań i konsultacji.
2. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
3. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, należy zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Allianz za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Allianz, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.
4. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby TU Allianz w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Kredytobiorcy.

Postanowienia końcowe **§ 8**

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający lub Kredytobiorca powinien niezwłocznie powiadomić TU Allianz najpóźniej w ciągu 14 dni od dnia powzięcia informacji o jego zaistnieniu.
2. Jeżeli Ubezpieczający zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym TU Allianz, przyjmuje się, że TU Allianz wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 9

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia przerywa się przez zgłoszenie TU Allianz tego roszczenia, lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.