

WARUNKI UBEZPIECZENIA NR 3.

WYCIĄG Z UMOWY UBEZPIECZENIA

AXA ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ S.A.

AXA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ I REASEKURACJI S.A.

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY, POWAŻNEGO ZACHOROWANIA ORAZ UTRATY PRACY OSÓB FIZYCZNYCH ZACIĄGAJĄCYCH KREDYTY W EURO BANKU SA.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz utraty pracy osób fizycznych zaciągających kredyty w Euro Banku S.A. („**SWU**”) regulują zasady, na jakich AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. oraz AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. obejmują ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorców Euro Banku S.A. („**Ubezpieczający**”).
2. Określenia użyte w SWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy Ubezpieczenia oznaczają:
 - 1) **Administrator** – AXA Polska S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 w Warszawie;
 - 2) **Certyfikat ubezpieczenia** – dokument będący potwierdzeniem objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach pakietu dodatkowego, wydawany przez pracownika Ubezpieczającego;
 - 3) **Choroba** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynności życiowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
 - 4) **Czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni potwierdzona zwolnieniem lekarskim;
 - 5) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień, w którym Kredytobiorca zawarł z Ubezpieczającym Umowę kredytu;
 - 6) **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio: śmierć – dzień zgonu Ubezpieczonego; trwała i całkowita niezdolność do pracy – dzień wskazany w orzeczeniu przez lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego jako data początkowa trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego; czasowa niezdolność do pracy – pierwszy dzień niezdolności do pracy Ubezpieczonego; poważne zachorowanie – dzień pierwszej diagnozy poważnego zachorowania albo dzień wykonania zabiegu operacyjnego; utrata pracy – dzień, w którym Ubezpieczony w wyniku utraty pracy uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
 - 7) **Harmonogram spłaty kredytu** – dokument sporządzony przez Ubezpieczającego, stanowiący integralną część umowy kredytowej, określający wysokość rat wymaganych do spłaty w poszczególnych terminach;
 - 8) **Kredyt** – kredyt (w tym kredyt konsolidacyjny - kredyt przeznaczony na spłatę zobowiązań zaciągniętych w bankach i w innych instytucjach finansowych) lub pożyczka udzielone Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu bankowego lub pożyczki zawartej pomiędzy tymi podmiotami;
 - 9) **Umowa restrukturyzacyjna** – umowa pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczonym mająca na celu poprawę zdolności kredytowej Ubezpieczonego poprzez ustalenie nowych terminów płatności rat (lub zwiększenia ich ilości) lub zmiany prawnych form zabezpieczeń wierzytelności bankowych w stosunku do pierwotnie ustalonych pomiędzy stronami umowy kredytu;
 - 10) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna będąca stroną umowy kredytowej lub umowy pożyczki z Ubezpieczającym;
 - 11) **Kwota zadłużenia w dniu akceptacji roszczenia** – należność z Umowy kredytu, w związku z którą Ubezpieczony został objęty ochroną, równa sumie:
 - a) kapitału kredytu pozostającego do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz

- b) 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 120 dni oraz
 - c) odsetek karnych według przewidzianej Umową kredytu stopy od przeterminowanej części kapitału za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia akceptacji roszczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
 - d) opłat i prowizji przewidzianych taryfą banku naliczonych w okresie od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia akceptacji roszczenia (np. opłata za monit, za restrukturyzację kredytu) jednak nie dłuższy niż 120 dni;
- 12) **„Medical Assistance”** – program polegający na zapewnieniu Ubezpieczonemu świadczeń medycznych przez Towarzystwo, poprzez pokrycie kosztów leczenia Ubezpieczonego, na warunkach określonych w Warunkach świadczeń medycznych w ramach programu „Medical Assistance”;
- 13) **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagle i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenie ciała;
- 14) **Okres ubezpieczenia** – okres, w którym zgodnie z Umową Ubezpieczenia Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za zdarzenia ubezpieczeniowe;
- 15) **Osoby nieaktywne zawodowo** – osoby uzyskujące dochód z tytułu renty lub emerytury, które nie wykonują pracy, nie świadczą usług na podstawie kontraktów cywilnoprawnych ani nie prowadzą działalności gospodarczej;
- 16) **Pakiet dodatkowy** – ubezpieczenie oferowane wskazanemu przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu;
- 17) **Planowana data spłaty kredytu** – data określona w umowie kredytu oraz w harmonogramie spłaty kredytu jako termin ostatecznej spłaty zadłużenia;
- 18) **Poważne zachorowanie Ubezpieczonego** – polegające na wystąpieniu objawów choroby lub chorób albo przebycie zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w niniejszym punkcie pod warunkiem, że objawy chorób zdefiniowanych w lit. a) - f) lub chorób będących bezpośrednią lub pośrednią przyczyną dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w lit. g) - i) pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozporządzenia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub chorób lub daty zabiegu operacyjnego:
- a) **złośliwa choroba nowotworowa** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Ostateczny wynik badania histopatologicznego jednoznacznie potwierdzający nowotworowe tło choroby przyjmuje się za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy i stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
 - b) **zawał serca** – świeża 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 pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;
 - c) **udar mózgu** – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczinienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszko-

- dzenia 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);
- d) **niewydolność nerek** – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną;
 - e) **całkowita utrata wzroku** – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie;
 - f) **stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym**, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - otwierdzenie 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);
 - g) **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;
 - h) **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;
 - i) **przeszczep** – przeszczep Ubezpieczonemu 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;
- 19) **Rata kredytu** – rata kapitałowo - odsetkowa kredytu wymagalna zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 20) **Składka** – kwota obliczona zgodnie z Umową Ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
- 21) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa, zgodnie z zapisami niniejszych SWU;
- 22) **Towarzystwo** – zakład ubezpieczeń właściwy ze względu na zakres zapewnianej ochrony - w przypadku ryzyk: śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz programu „Medical Assistance” ochrona jest świadczona przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 w Warszawie, w przypadku ryzyka utraty pracy ochrona jest świadczona przez AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą przy ul. Chłodnej 51, 00-867 w Warszawie;
- 23) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego Ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji, potwierdzone odpowiednim oświadczeniem lekarza orzecznika ZUS; lub innego organu rentowego;
- 24) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie, zdrowie oraz dochody są

- przedmiotem ubezpieczenia;
- 25) **Umowa kredytu** – umowa kredytu (w tym kredytu konsolidacyjnego), umowa restrukturyzacyjna, lub umowa pożyczki zawarta z Ubezpieczonym przez Ubezpieczającego;
 - 26) **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia osób fizycznych zaciągających kredyty w Euro Banku S.A zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwami;
 - 27) **Uprawniony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem;
 - 28) **Utrata pracy** – utrata pracy z przyczyn nie dotyczących Ubezpieczonego spowodowana dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy zawartego na czas określony albo nieokreślony, pod warunkiem, że w wyniku takiej utraty pracy Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - 29) **Wcześniejsza spłata kredytu** – spłata kredytu przed planowanym terminem spłaty kredytu określonym w umowie kredytu oraz w harmonogramie spłaty kredytu;
 - 30) **Wiek** – liczba pełnych lat między datą urodzenia a danym dniem;
 - 31) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie losowe powodujące śmierć, trwałą całkowitą niezdolność do pracy, czasową niezdolność do pracy, poważne zachorowanie lub utratę pracy przez Ubezpieczonego, które zaszło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w rozumieniu niniejszej umowy jest również zdarzenie zdefiniowane w Warunkach Ubezpieczenia świadczeń medycznych dla Ubezpieczonego w ramach programu - „Medical Assistance”.

Przedmiot umowy i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej jest życie, zdrowie oraz dochody Ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialnością Towarzystwa objęte są następujące ryzyka: śmierć, Trwała i całkowita niezdolność do pracy, zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w Warunkach programu „Medical Assistance”, Czasowa niezdolność do pracy, Poważne zachorowanie oraz Utrata pracy.
3. Kredytobiorcy zostaną objęci ochroną w ramach Pakietu podstawowego obejmującego ryzyko śmierci, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz program „Medical Assistance”.
4. W zależności od statusu zatrudnienia Pakiet podstawowy może zostać rozszerzony – zgodnie z dyspozycją zawartą w oświadczeniu o przystąpieniu do ubezpieczenia – o dodatkową ochronę na wypadek:
 - a. Czasowej niezdolności do pracy - w odniesieniu do osób prowadzących własną działalność gospodarczą i osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilnoprawnych, albo
 - b. Poważnego zachorowania - w odniesieniu do osób nieaktywnych zawodowo, osób będących w wieku emerytalnym, albo
 - c. Utraty pracy - w odniesieniu do osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony lub nie określony.
5. W przypadku wcześniejszej spłaty kredytu, na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczonemu objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego.
6. Odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach Pakietu dodatkowego objęte są następujące zdarzenia:
 - 1) pakiet pierwszy - śmierć Ubezpieczonego oraz „Medical Assistance”,
 - 2) pakiet drugi - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz „Medical Assistance”,
 - 3) pakiet trzeci - śmierć Ubezpieczonego, „Medical Assistance” oraz utrata pracy, zgodnie ze wskazaniem w Certyfikacie ubezpieczenia.
7. Zakres ubezpieczenia wskazany w ust. 6 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.
8. W okresie 12 miesięcy począwszy od dnia, w którym kwota zadłużenia wynikająca z wszystkich objętych odpowiedzialnością Towarzystwa Kredytów w odniesieniu do Ubezpieczonego przekracza 160 000 zł (sto sześćdziesiąt tysięcy), odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do kwoty zadłużenia

wynikającej z pierwszego zaciągniętego Kredytu, lecz nie więcej niż 160 000 zł (sto sześćdziesiąt tysięcy) w przypadku zajścia zdarzeń będących następstwem chorób, na które Ubezpieczony chorował, leczył się lub które zostały zdiagnozowane w ciągu 12 miesięcy poprzedzających dzień, w którym udzielony został Kredyt który spowodował przekroczenie 160 000 (stu sześćdziesięciu tysięcy) zł kwoty zadłużenia, o którym mowa wyżej.

Zasady przystępowania do ubezpieczenia

§ 3

1. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba fizyczna zawierająca Umowę kredytu lub Umowę restrukturyzacyjną, która w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 80 lat oraz podpisała oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia z zastrzeżeniem zdania drugiego.
2. W przypadku osoby, która zaciąga u Ubezpieczającego kredyt konsolidacyjny, może ona zostać objęta ubezpieczeniem jeżeli podpisała oświadczenie o przystąpieniu do Ubezpieczenia oraz w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ma ukończone 18 lat i w dniu spłaty kredytu, zgodnie z harmonogramem nie przekroczy wieku 85 lat.
3. W ramach jednej Umowy kredytu, ubezpieczeniem może zostać objęta jedna osoba fizyczna.
4. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć:
 - 1) 200 000 (dwieście tysięcy) zł w przypadku kredytu konsolidacyjnego oraz 160 000 (sto sześćdziesiąt tysięcy) zł w przypadku pozostałych pożyczek - dla Kredytobiorców, którzy na podstawie przeprowadzonej przez Ubezpieczającego oceny punktowej uzyskują możliwość skorzystania z oferty pożyczki powyżej 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) zł na dłużej niż 36 miesięcy;
 - 2) 120 000 (sto dwadzieścia tysięcy) zł.
5. W przypadku wcześniejszej spłaty Kredytu, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Ubezpieczony, który złożył pisemne oświadczenie woli, wyrażające zgodę na objęcie ochroną w ramach Pakietu dodatkowego.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

Pakiet podstawowy i jego rozszerzenia

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową pod warunkiem opłacenia składki za danego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W ciągu pierwszych trzech miesięcy od daty zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy kredytu Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w ramach Pakietu podstawowego w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych w zakresie wszystkich ryzyk wygasa, z upływem dnia, w którym:
 - 1) nastąpił zgon Ubezpieczonego;
 - 2) nastąpiło orzeczenie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
- 3) Ubezpieczający odstąpił od Umowy Ubezpieczenia lub została ona rozwiązana ale nie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłacona Składka za danego Ubezpieczonego;
- 4) wygasła lub została rozwiązana Umowa kredytu;
- 5) zostały wypłacone świadczenia równe Sumie ubezpieczenia;
- 6) nastąpiła wcześniejsza całkowita spłata Kredytu;
- 7) upłynął ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek graniczny, zgodnie z zapisami § 3;
- 8) z końcem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej;
- którekolwiek z nich nastąpi najwcześniej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do Poważnego zachorowania w zakresie chorób wymienionych w § 1, ust. 2 pkt 18) lit. a i b wygasa z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy wygasa z dniem, w którym Ubezpieczony nabył prawo do emerytury lub renty.

6. W przypadku restrukturyzacji Umowy kredytu (kredyt restrukturyzowany), skutkującej zmianą Harmonogramu spłat kredytu, odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych wygasa również z końcem dnia w którym upłynął okres kredytowania, wskazany pierwotnie w podpisanej przez Kredytobiorcę z Ubezpieczającym Umowie kredytu. Okres po wygaśnięciu ochrony nie jest brany pod uwagę do wyciszczenia świadczeń, o których mowa w § 8 ust. 3-11.

Pakiet dodatkowy

7. Ochrona w ramach Pakietu dodatkowego 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.
8. Okres ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wskazany jest przez Towarzystwo w Certyfikacie ubezpieczenia.
9. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w ramach Pakietu dodatkowego wygasa, z końcem dnia w którym:
 - 1) nastąpił zgon Ubezpieczonego;
 - 2) rozwiązana została Umowa Ubezpieczenia ale nie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłacona Składka za danego Ubezpieczonego;
 - 3) upłynął okres ubezpieczenia wskazany w Certyfikacie ubezpieczenia;
 - 4) z końcem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej - którekolwiek z nich nastąpi najwcześniej.

Suma Ubezpieczenia

§ 5

Śmierć oraz Trwała i całkowita niezdolność do pracy

1. Łączna wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci albo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie może być wyższa od Kwoty zadłużenia z dnia akceptacji roszczenia.

Czasowa niezdolność do pracy

2. Łączna wysokość świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w Okresie ubezpieczenia nie może być wyższa od sześciu świadczeń odpowiadających ratom Kredytu jakie Ubezpieczony jest zobowiązany wpłacić Ubezpieczającemu z tytułu Umowy kredytu, w związku z którą Ubezpieczony został objęty ochroną zgodnie z Harmonogramem spłaty tego kredytu obowiązującym w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Poważne zachorowanie

3. Łączna wysokość świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w Okresie ubezpieczenia nie może być wyższa od dziesięciu świadczeń odpowiadających ratom kredytu jakie Ubezpieczony jest zobowiązany wpłacić Ubezpieczającemu z tytułu Umowy kredytu, w związku z którą Ubezpieczony został objęty ochroną zgodnie z Harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Utrata pracy

4. Łączna wysokość świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego i wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych w Okresie ubezpieczenia nie może być wyższa od osiemnastu świadczeń odpowiadających ratom kredytu jakie Ubezpieczony jest zobowiązany wpłacić Ubezpieczającemu z tytułu Umowy kredytu, w związku z którą Ubezpieczony został objęty ochroną zgodnie z Harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Pakiet dodatkowy

5. Wysokość poszczególnych Sum 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 z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do programu „Medical Assistance” nie ulega zmianie.
7. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie może być niższa niż 1 000 zł.
8. Sumy ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wskazane są przez Towarzystwo w Certyfikacie ubezpieczenia.

Postanowienia ogólne

9. Suma ubezpieczenia nie obejmuje kwoty odsetek karnych należnych Ubezpieczającemu za okres dłuższy niż 120 dni, ani należności związanych z bankowym postępowaniem egzekucyjnym.

Składka

§ 6

1. Wysokość Składki jest określona w Umowie Ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa jest należna za każdy rozpoczęty miesiąc udzielania ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna jednorazowo, „z góry” za cały Okres ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia.
3. W przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia lub wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot części Składki ubezpieczeniowej, zgodnie z rozkładem ryzyka w całym Okresie ubezpieczenia, za okres, w którym Towarzystwo nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej.

Pakiet dodatkowy

4. 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.
5. Jeżeli po pobraniu jednorazowej Składki, o której mowa wyżej, ze środków będących Składką do zwrotu, pozostaną środki do zwrotu, środki te zostaną zwrócone Ubezpieczającemu.
6. W przypadku rezygnacji z ochrony Ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia w ramach Pakietu dodatkowego wskazanego w Certyfikacie ubezpieczenia, Towarzystwo dokona zwrotu Ubezpieczającemu, zgodnie z rozkładem ryzyka w Okresie ubezpieczenia, części Składki za niewykorzystany okres ochrony.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 7

Śmierć

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego, gdy śmierć nastąpi wskutek:
 - 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 lub zamieszkach.

Śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku (Pakiet dodatkowy)

2. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeżeli wypadek nastąpi wskutek:
 - 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) 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

Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz Czasowa niezdolność do pracy

3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność lub Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) encefalopatii, nerwicy, choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a w szczególności w stanie utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji;
 - 3) popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
 - 4) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 5) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza;
 - 6) próby samobójstwa, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności;
 - 7) ciąży;
 - 8) dyskopatii.

Poważne zachorowanie

4. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli wystąpienie Poważnego zachorowania nastąpiło wskutek:
 - 1) 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;
 - 2) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
 - 3) 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.);
 - 4) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 5) 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;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elek-

- tromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 7) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - 8) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - 9) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 10) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
 - 11) wypadku lotniczego, nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 12) wypadku, który miał miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia;
 - 13) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych.
5. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu SWU nie stanowią zabiegi operacyjne wymienione w § 1, ust. 2 pkt 17) lit. g) - i), jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły kiedykolwiek przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.
6. W odniesieniu do ubezpieczenia Poważnego zachorowania Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia spowodowanego chorobą, której objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek odpowiedzialności Towarzystwa.

Utrata pracy

1. Towarzystwo jest zwolnione 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 Towarzystwa jest wyłączona w przypadku gdy Kredytobiorca, pomimo otrzymania statusu osoby bezrobotnej, nie uzyskał prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

Świadczenia

§ 8

Śmierć oraz Trwała i całkowita niezdolność do pracy (Pakiet podstawowy)

1. Z tytułu śmierci albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości kwoty zadłużenia z dnia akceptacji roszczenia z zastrzeżeniem, postanowień ust. 14 i 15.

Śmierć oraz śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (Pakiet dodatkowy)

2. Z tytułu śmierci lub śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w Certyfikacie ubezpieczenia.

Czasowa niezdolność do pracy

3. Z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Towarzystwo wypłaca świadczenie odpowiadające wysokości rat kredytu, których płatność zgodnie z Harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przypada na okres Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, do wysokości Sumy ubezpieczenia lub sumy wskazanej w § 5 ust. 2 (którakolwiek okaże się niższa), ale nie więcej jednak niż liczba rat wynikająca z tego Harmonogramu do końca spłaty Kredytu z zastrzeżeniem postanowień ust 14 i 15.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie z częstotliwością miesięczną. Pierwsze świadczenie w wysokości jednej raty Kredytu jest należne począwszy od 30 dnia nieprzerwanego występowania Czasowej niezdolności do pracy. Po upływie każdego kolejnego okresu 30 dni nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy, Towarzystwo wypłaci kolejne świadczenie w wysokości jednej

raty Kredytu.

Poważne zachorowanie

5. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaca świadczenie odpowiadające wysokości rat Kredytu, których płatność zgodnie z Harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przypada na okres Poważnego zachorowania, do wysokości Sumy ubezpieczenia lub sumy wskazanej w § 5 ust. 3 (którakolwiek okaże się niższa), ale nie więcej jednak niż liczba rat wynikająca z tego Harmonogramu do końca spłaty kredytu, z zastrzeżeniem postanowień ustępu 14 i 15.
6. Towarzystwo wypłaca świadczenie z częstotliwością miesięczną. Pierwsze świadczenie w wysokości jednej raty Kredytu jest należne począwszy od 30 dnia po dniu wystąpienia Poważnego zachorowania. Po upływie każdego kolejnego okresu 30 dni nieprzerwanego stanu Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci kolejne świadczenie w wysokości jednej raty Kredytu.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych Poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie są związane ze zdarzeniem za które wypłacono świadczenie.

Utrata pracy

8. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Utraty pracy Towarzystwo wypłaca świadczenie odpowiadające wysokości rat Kredytu, których płatność zgodnie z Harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przypada na okres pozostawania przez Ubezpieczonego bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, do wysokości Sumy ubezpieczenia lub sumy wskazanej w § 5 ust. 4 (którakolwiek okaże się niższa), ale nie więcej jednak niż liczba rat wynikająca z tego Harmonogramu do końca spłaty kredytu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 14 i 15. Ponadto jeżeli wysokość wyliczonego w ten sposób świadczenia byłaby wyższa niż wysokość świadczenia wyliczona na podstawie Harmonogramu spłaty kredytu uzgodnionego przez Ubezpieczającego i Kredytobiorcę przy zawieraniu Umowy kredytowej, świadczenie wypłacane jest w oparciu o Harmonogram spłat kredytu obowiązujący w dniu zawarcia Umowy kredytowej.
9. Towarzystwo wypłaca świadczenie z częstotliwością miesięczną. Świadczenie w wysokości jednej raty Kredytu wypłacane jest za każdy udokumentowany 30 dniowy okres, w którym Ubezpieczony posiada status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, z wyłączeniem pierwszych 30 dni od dnia, w którym Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej.
10. W przypadku niezgodnego 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.
11. W przypadku kolejnej Utraty pracy w Okresie ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje kolejne świadczenie pod warunkiem, iż kolejna Utrata pracy była poprzedzona co najmniej 12 miesięcznym okresem ciągłego zatrudnienia Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę na czas określony lub nie określony liczonego po upływie 30 dni od dnia wypłaty ostatniego świadczenia.

Utrata pracy (Pakiet dodatkowy)

12. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Utraty pracy Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości rat Kredytu, których płatność zgodnie z Harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zawarcia Umowy kredytu przypadała na okres pozostawania przez Ubezpieczonego bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
13. Towarzystwo wypłaca świadczenie z częstotliwością miesięczną. Świadczenie w wysokości jednej raty Kredytu wypłacane jest, za każdy udokumentowany 30 dniowy okres, w którym Ubezpieczony posiada status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, z wyłączeniem pierwszych 30 dni od dnia, w którym Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej.

Postanowienia ogólne

14. W przypadku objęcia ochroną w związku z zawarciem Umowy restrukturyzacyjnej, kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości aktualnej kwoty zadłużenia w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie będzie wyższa od kwoty zadłużenia wynikającej z Harmonogramu spłaty kredytu sprzed zawarcia Umowy restrukturyzacyjnej.

15. W przypadku Pakietu dodatkowego, wartość świadczeń z poszczególnych tytułów nie może przekroczyć Sum ubezpieczenia, o których mowa w § 5 ust. 5-8.

Wypłata świadczenia

§ 9

1. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsprzecznie część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1.
4. Wszelkie wypłaty na rzecz osób uprawnionych z tytułu Umowy Ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej, zgodnie z dyspozycją Uprawnionego.
5. Uprawnionym jest wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba wskazana w oświadczeniu o przystąpieniu do ubezpieczenia.
6. Jeżeli osobą uprawnioną do odbioru świadczenia jest Ubezpieczający, w takim wypadku Ubezpieczający zalicza wypłacone świadczenie na uregulowanie zobowiązania Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego.

Pakiet dodatkowy

7. W przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Pakietu dodatkowego świadczenie z tytułu śmierci i śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku otrzymuje Uprawniony wskazany w Certyfikacie ubezpieczenia, a inne świadczenia - Ubezpieczony.

Postanowienia ogólne

8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionego albo gdy żaden Uprawniony w dniu śmierci Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uprawnieni utracili prawo do świadczenia, świadczenia z tytułu śmierci i śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku przysługują członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - 5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
9. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, który jest kierowany do Towarzystwa za pośrednictwem Ubezpieczającego.
10. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności dokumenty opisane poniżej.
11. Wniosek o wypłatę świadczenia wraz z kompletem dokumentów należy złożyć w jednostce organizacyjnej Ubezpieczającego (placówce bankowej), lub placówce podmiotu współpracującego z Ubezpieczającym w zakresie prowadzonej działalności bankowej.
12. Wypłata świadczenia z jakiegokolwiek innego ubezpieczenia zawartego przez Ubezpieczającego lub scedowanego na Ubezpieczającego dotyczącego danej Umowy kredytu objętej ubezpieczeniem na podstawie niniejszej umowy odpowiednio zmniejsza wysokość odszkodowania z tytułu niniejszych SWU.

Śmierć

13. W przypadku śmierci, należy złożyć następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
 - 2) odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
 - 4) dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;

- 5) odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca Ubezpieczonego;
- 6) kopię dokumentu poświadczającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli Uprawnionym do świadczenia nie jest Ubezpieczający;
- 7) Harmonogram spłaty Kredytu obowiązujący w Dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) raport zadłużenia (zadłużenie na dzień zajścia zdarzenia oraz zadłużenie na dzień zgłoszenia zdarzenia).

Śmierć oraz śmierć spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem (Pakiet dodatkowy)

14. W przypadku śmierci należy złożyć następujące dokumenty:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego;
- 2) odpis skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
- 3) kopię statystycznej karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę zgonu Ubezpieczonego;
- 4) dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
- 5) odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku w przypadku gdy osobą uprawnioną jest spadkobierca Ubezpieczonego;
- 6) kopię dokumentu poświadczającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
- 7) Certyfikat ubezpieczenia.

Trwała i całkowita niezdolność do pracy

15. W przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy należy złożyć następujące dokumenty:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) orzeczenie komisji lekarskiej ZUS lub innego organu rentowego o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
- 3) dokumentację medyczną dotyczącą schorzenia będącego przyczyną Trwałej i całkowitej 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 leczenie;
- 4) kopię dokumentu poświadczającego tożsamość Ubezpieczonego;
- 5) raport zadłużenia (zadłużenie na dzień zajścia zdarzenia oraz zadłużenie na dzień zgłoszenia zdarzenia);
- 6) Harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Czasowa niezdolność do pracy

16. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy należy złożyć następujące dokumenty:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) orzeczenie lekarza o Czasowej niezdolności do pracy potwierdzone wystawionym drukiem ZUS ZLA;
- 3) dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
- 4) dokumenty poświadczające, że na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony wciąż jest zatrudniony bądź świadczy usługi na rzecz innego podmiotu lub prowadzi działalność gospodarczą;
- 5) Harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) kopię dokumentu poświadczającego tożsamość Ubezpieczonego.

Poważne zachorowanie

17. W przypadku Poważnego zachorowania należy złożyć następujące dokumenty:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) dokumentację medyczną z przychodni, szpitala lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
- 3) kopię dokumentu poświadczającego tożsamość Ubezpieczonego;

- 4) Harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Utrata pracy

18. W przypadku Utraty pracy należy złożyć następujące dokumenty:

- 1) wniosek o wypłatę świadczenia;
- 2) zaświadczenia z urzędu pracy informującego o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku;
- 3) świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy;
- 4) ostatnią umowę o pracę zawierającą informację o okresie na jaki została ona zawarta;
- 5) Harmonogram spłaty Kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) kopię dokumentu poświadczającego tożsamość Ubezpieczonego;
- 7) Certyfikat ubezpieczenia w przypadku zgłaszania roszczenia w ramach Pakietu dodatkowego;
- 8) w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, w którym przypada rata Kredytu.

Postanowienia ogólne

19. Zamiast oryginałów wyżej wymienionych dokumentów można złożyć kopie potwierdzone przez notariusza lub przedstawiciela Banku. Dokumentacja medyczna może być potwierdzona za zgodność z oryginałem także przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
20. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
21. W przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia, należy dołączyć opis okoliczności wypadku lub protokół policyjny albo postanowienie o umorzeniu dochodzenia/śledztwa, jeżeli było prowadzone postępowanie, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury) oraz sygnatury sprawy.
22. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
23. 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 lub pracodawcy w ramach upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.
24. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie przesyłane są przez Ubezpieczającego do Administratora na poniższy adres:
AXA Polska S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa.
adres email: claims.service@axa-polska.pl.
25. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Administratora pod nr telefonu + 48 (22) 555 00 00 w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 17:00 lub na adres e-maili: claims.service@axa-polska.pl.

Skargi i zażalenia

§ 10

1. W każdym przypadku Ubezpieczony lub osoba uprawniona może wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Towarzystwa bezpośrednio lub przesyłane pocztą na adres Towarzystwa. Powinny one określać dane umożliwiający identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia rozpatrywane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Towarzystwo. W przypadku gdy rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w powyższym 30-dniowym terminie, Towarzystwo poinformuje o tym wnoszącego skargę lub zażalenie oraz

rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, rozpatrzenie takie stało się możliwe.

4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
5. Niezależnie od powyższego trybu, organem uprawnionym do rozpatrywania skarg na działalność Towarzystwa jest Rzecznik Ubezpieczonych.

Właściwość sądu

§ 11

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć przed sądem powszechnym właściwym dla siedziby Towarzystwa, Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 12

1. W przypadku niepowiadomienia Towarzystwa o zmianie adresu Ubezpieczającego pisma przesłane na ostatni adres Ubezpieczającego wskazany Towarzystwu wywierają skutki nimi przewidziane po upływie 30 dni od daty ich nadania w placówce pocztowej.
2. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia dotyczące Umowy Ubezpieczenia składane są na piśmie. Oświadczenia i zawiadomienia składane Towarzystwu przesyłane są na adres Towarzystwa bądź składane osobiście w jego siedzibie.
3. O ile Umowa Ubezpieczenia nie wymaga zachowania formy pisemnej, Strony ustalają, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące Umowy Ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość zgodnie z zapisami Umowy Ubezpieczenia.

§ 13

W sprawach nie uregulowanych w SWU zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej oraz inne bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

WARUNKI UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH DLA UBEZPIECZONEGO W RAMACH PROGRAMU - „MEDICAL ASSISTANCE” („WU”)

Postanowienia ogólne

§1

1. Świadczenia medyczne są udzielane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego AXA, nr telefonu +48 (22) 575 91 70.
2. Świadczenia medyczne są udzielane 24 godziny na dobę, wyłącznie dla zdarzeń zaistniałych na terytorium RP oraz przysługują wyłącznie na terytorium RP.
3. Określenia użyte w WU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy Ubezpieczenia oznaczają:
 - 1) **Centrum Operacyjne AXA** – Inter Partner Assistance Polska S.A., z siedzibą w Warszawie;
 - 2) **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;
 - 3) **Nagle zachorowanie** – powstały w sposób nagły stan chorobowy zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej, z wyłączeniem wszelkich chorób czy niedyspozycji, które zaistniały przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej udzielanej Ubezpieczonemu zgodnie z WU;
 - 4) **Rozstrój zdrowia** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobowego

- twórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju z wyjątkiem chorób przewlekłych;
- 5) **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia trwający nieprzerwanie przez okres dłuższy niż 7 (siedem) dni, z zastrzeżeniem usługi o której mowa w § 3 ust. 5 pkt 5);
 - 6) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego AXA;
 - 7) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji określony i zalecony przez lekarza specjalistę prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie; przez drobny sprzęt rehabilitacyjny rozumie się sprzęt, którego waga nie przekracza 20 kg;
 - 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** – nieszczęśliwy wypadek lub nagłe zachorowanie Ubezpieczonego będący wyłączną i bezpośrednią przyczyną doznania przez Ubezpieczonego rozstroju zdrowia 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 Towarzystwo organizacji i pokrycia kosztów usług medycznych, o których mowa w §3 ust. 2-7;
 - 14) **Miejsce zamieszkania** – lokal mieszkalny lub dom jednorodzinny na terenie RP wskazany przez Ubezpieczonego, jako miejsce stałego zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 15) **Miejsce pobytu** – lokal lub dom na terenie RP, w którym Ubezpieczony przebywa tymczasowo i które w ocenie przedstawiciela Centrum Operacyjnego spełnia warunki realizacji świadczeń Medical Assistance;
 - 16) **Towarzystwo** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie.

Przedmiot ubezpieczenia

§2

1. Przedmiotem ubezpieczenia zgodnie z niniejszymi WU jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Na podstawie niniejszych WU Towarzystwo zobowiązuje się do zapewnienia Ubezpieczonym świadczeń medycznych polegających na organizacji lub organizacji i pokryciu kosztów usług określonych w §3 ust. 2-7.

Zakres ubezpieczenia

§3

1. Zakres ubezpieczenia na podstawie niniejszych WU obejmuje świadczenia medyczne wyłącznie na terytorium RP.
2. W zależności od wybranego zakresu świadczeń medycznych, poszczególni Ubezpieczeni zostają objęci ochroną w jednym z czterech wariantów:
 - 1) Pakiet 1,
 - 2) Pakiet 2,
 - 3) Pakiet 3,
 - 4) Pakiet 4.
3. Poniższa tabela prezentuje zakres świadczeń medycznych dostępny w poszczególnych wariantach ochrony, definicje i zakres uprawnień do poszczególnych świadczeń określają § 3 ust. 4 – 8.

Zakres ubezpieczenia	Wariant ubezpieczenia			
	Pakiet I	Pakiet II	Pakiet III	Pakiet IV
opieka po hospitalizacji	X	X	X	X
dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	X	X	X	X
transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej	X	X	X	X
transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu	X	X	X	X
Transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej	-	X	X	X
Wizyty lekarskiej	X	X	X	X
Wizyty pielęgniarki	X	X	X	X
Organizację procesu rehabilitacyjnego	X	X	X	X
Organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	X	X	X	X
Opiekę nad dziećmi	-	100 zł za dzień i maksymalnie przez 2 dni	120 zł za dzień i maksymalnie przez 3 dni	150 zł za dzień i maksymalnie przez 3 dni
Pomoc psychologa				
Łączna suma ubezpieczenia dla Pakietu na zdarzenie ubezpieczeniowe. Suma ta może być wykorzystywana wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych	1500 zł	1700 zł	2300 zł	2500 zł
Infolinia medyczna	X	X	X	X

[x] – do wysokości kosztów usługi assistancje świadczonej przez Centrum Operacyjne AXA

[-] – świadczenie nie przysługuje

4. Świadczenia medyczne realizowane są w sposób i po spełnieniu warunków określonych poniżej:

- 1) opieka po hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego był hospitalizowany przez okres minimum 7 dni oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza, powinien leżeć po okresie hospitalizacji, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej albo domowej po zakończeniu hospitalizacji, w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.
- 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego doznał obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia oraz zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego wydanym przez lekarza, powinien leżeć, przez co najmniej 5 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dostarczenia niezbędnych leków, zaleconych wcześniej przez lekarza na podstawie recept i odpowiednio pisemnych zaleceń, do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Towarzystwo nie pokrywa kosztów zakupu leków.
- 3) transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli Ubezpieczony na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego doznał obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia oraz zaistniała konieczność przewie-

- zienia Ubezpieczonego do placówki medycznej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego do wskazanej przez lekarza prowadzącego, w uzgodnieniu z lekarzem uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA, placówki 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, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu medycznego Ubezpieczonego z placówki medycznej do Miejsca pobytu. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. O zasadności transportu decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA.
 - 5) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej, w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony, na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia; transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu oraz wyłącznie w sytuacji gdy z uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.
 - 6) wizyta lekarska – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, o ile uwagi na stan zdrowia Ubezpieczonego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.
 - 7) wizyta pielęgniarki – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony doznał obrażeń ciała lub rozstroju zdrowia, Towarzystwo, na zlecenie lekarza, prowadzącego zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Świadczenie na rzecz Ubezpieczonego obejmuje organizację i pokrycie kosztów:
 - a) wykonywania czynności związanych z utrzymaniem higieny,
 - b) wykonywania zabiegów leczniczych takich jak: okłady, opatrunki, rehabilitacja oddechowa, podawanie leków itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego,
 - c) wykonywania czynności diagnostycznych takich jak: pomiar ciśnienia i tętna, ważenie, itp. – zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego Ubezpieczonego,
 - d) wykonywania czynności pomagających w odżywianiu się.
 - 8) organizacja procesu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów jednej wizyty fizykoterapeuty w miejscu zamieszkania 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.
 - 9) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza specjalisty 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 zamieszkania Ubezpieczonego. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii prowadzonej w ramach rehabilitacji.
 - 10) opieka nad dziećmi – w przypadku nagłej hospitalizacji Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, w sytuacji, gdy przewidywany jest dłuższy niż 3 dni okres hospitalizacji Ubezpieczonego, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczonego, zapewnia organizo-

wanie i pokrycie kosztów:

- a) przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania na terytorium RP osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy); albo
- b) przejazdu osoby wyznaczonej przez Ubezpieczonego do opieki nad dziećmi z jej miejsca zamieszkania na terytorium RP do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

Warunkiem świadczenia wskazanych wyżej świadczeń jest podanie Centrum Operacyjnemu AXA przez Ubezpieczonego danych osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi, takich jak: imię i nazwisko, dane teleadresowe.

Centrum Operacyjne AXA świadczy usługi organizacji opieki nad dziećmi po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego Centrum Operacyjnego AXA informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną przez Ubezpieczonego do opieki.

W przypadku, gdy Centrum Operacyjnemu AXA 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 Towarzystwo:

- a) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego – pod warunkiem że zostanie ono udostępnione - do wysokości sumy ubezpieczenia dla danego wariantu wskazanej w tabeli powyżej za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne AXA dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.
- b) 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.

5. W przypadku, gdy w wyniku pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego w związku z zajściem następujących zdarzeń losowych:

- a) zgon dziecka Ubezpieczonego,
- b) urodzenie martwego dziecka,
- c) zgon współmałżonka Ubezpieczonego,
- d) rozstrój zdrowia Ubezpieczonego,
- e) rozstrój zdrowia współmałżonka Ubezpieczonego,
- f) rozstrój zdrowia dziecka Ubezpieczonego,

Ubezpieczonemu niezbędna jest pomoc psychologa, Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu Pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa. Towarzystwo nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową przebiegu i skutków terapii.

6. Infolinia medyczna – Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym personelem medycznym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej ogólnej informacji o danym schorzeniu, typowo stosowanym leczeniu, w tym nowoczesnych metodach leczenia dostępnych na terenie RP, a także uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń – w tym o dietach 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 pielęgnacji leków w trakcie ciąży,
- 5) pielęgnacji niemowląt,
- 6) transportu medycznego,
- 7) telefonów zaufania i grupach wsparcia, na terenie RP świadczących pomoc osobom dotkniętym alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia (np. cukrzycę, chorobę serca), dla kobiet po

- mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,
- 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 Centrum Operacyjnego AXA,
- 10) aptek znajdujących się na terytorium RP, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
- 11) informacji o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
- 12) szczepień, zagrożenia epidemiologiczne dla podróżnych,
- 13) ciąży – jej objawów, etapach rozwoju płodu, badaniach w czasie ciąży, zagrożeniach, diecie w trakcie ciąży i po porodzie.

Informacje, o których mowa powyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza Centrum Operacyjnego AXA i Towarzystwa.

- 7. Wszystkie wymienione powyżej usługi medyczne (za wyjątkiem – usług infolinia medyczna) świadczone są do łącznej kwoty sumy ubezpieczenia na zdarzenie ubezpieczeniowe wskazanej dla danego pakietu w Tabeli. Suma ta może być wykorzystywana wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych. Dostęp do informacji – infolinia medyczna organizowana jest bez limitów.
- 8. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz Centrum Operacyjnego AXA.

Wyłączenia odpowiedzialności

§4

- 1. Z zakresu odpowiedzialności Towarzystwa wyłączone są:
 - 1) koszty wizyty lekarza i transportu medycznego oraz innych usług, które zorganizowane zostały przez Centrum Operacyjne AXA w zakresie w jakim ich realizacja wynikała z powodu podania nieprawdziwych informacji przez Ubezpieczonego; koszty takich świadczeń ponosi Ubezpieczony,
 - 2) zdarzenia i skutki zdarzeń związanych z zagrożeniem życia, wymagających natychmiastowej interwencji pogotowia ratunkowego; w przypadku otrzymania przez Centrum Operacyjne AXA zgłoszenia zdarzenia związanego z zagrożeniem życia Ubezpieczonego, Towarzystwo może odmówić realizacji świadczeń, przy czym Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za kwalifikację danego zdarzenia – na podstawie informacji przekazanych przez zgłaszającego – jako zagrażającego życiu i skutki takiej kwalifikacji.
- 2. 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 AXA, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
 - 3) kosztów zakupu leków,
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii – w zakresie wykraczającym poza opisany w § 3 ust.4 pkt 8 WU, 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) chorób przenoszonych drogą płciową, chorób wenerycznych, AIDS i wirusa HIV pozytywnego);
 - k) chorób przewlekłych;
 - l) przerywania ciąży, sztucznego zapłodnienia lub każdego innego leczenia bezpłodności oraz kosztów środków antykoncepcyjnych;
 - m) szczepień;
 - n) leczenia dentystycznego;
 - o) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego AXA.

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 AXA, tel. +48 (22) 575 91 70 Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z Centrum Operacyjnym AXA, powinni dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego AXA okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzom uprawnionym Centrum Operacyjnego AXA dostęp do wszystkich informacji medycznych.
2. Na życzenie Centrum Operacyjnego AXA, 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 AXA, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
 - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu AXA 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 – w przypadku zwrotu kosztów – pokrycia jego kosztów w wysokości, jakie poniosłoby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli Ubezpieczony/osoba występująca w jego imieniu umyślnie lub w skutek rażącego niedbalstwa nie dopełnił któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej, o ile przyczyniło się to do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło Towarzystwu ustalenie okoliczności lub skutków zdarzenia.
4. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum Operacyjnym AXA i w związku z tym sam pokrył koszty usług medycznych, o których mowa w WU Towarzystwo zwróci Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo (w zależności od tego jaka część wydatków została przeznaczona na sfinansowanie świadczeń, do których zobowiązane było Centrum Operacyjne AXA) poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego AXA najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawiającego do skorzystania z pomocy medycznej i przedstawienia wska-

zanych przez Centrum Operacyjne AXA dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez Centrum Operacyjne AXA. 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 odmowę zwrotu kosztów o której mowa w ust. 4. Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić Towarzystwu koszty poniesione wskutek podania przez Ubezpieczonego lub osobę działającą w jego imieniu nieprawdziwych informacji.
6. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych WU może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokoju społecznego, zamachów terrorystycznych, wojny domowej czy o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zdarzenia siły wyższej, udokumentowanych przez Towarzystwo.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone Uchwałami Zarządów nr 3/11/12/09 i 1/11/12/09 z dnia 11 grudnia 2009r.

0 801 700 100

WWW.EUROBANK.PL

CAŁKOWITY KOSZT POŁĄCZENIA Z NR. 0 801 700 100
TO KOSZT JEDNEGO IMPULSU TARYFY LOKALNEJ