

Warunki Ubezpieczenia nr 1.

# Wyciąg z umowy ubezpieczenia

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.  
Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A.



# **Wyciąg z umowy generalnej ubezpieczenia na wypadek śmierci lub czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku kredytobiorców zaciągających kredyt w Euro Banku S.A. („umowa ubezpieczenia”)**

## **I. Postanowienia ogólne**

1. Wprowadzone w umowie ubezpieczenia określenia oznaczają:
  - 1) kredyt – kredyt lub pożyczka udzielony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu bankowego lub pożyczki zawartej pomiędzy tymi podmiotami;
  - 2) rata kredytu – rata kapitałowo- odsetkowa kredytu (w rozumieniu umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym) wymagalna zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu obowiązującym w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) Kredytobiorca – osoba fizyczna będąca stroną umowy kredytowej lub umowy pożyczki z Ubezpieczającym;
  - 4) kwota zadłużenia w dniu wypłaty świadczenia – należność 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;
  - 5) Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
  - 6) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie losowe powodujące zgon, inwalidztwo, czasową niezdolność do pracy lub poważne zachorowanie Ubezpieczonego, które zaszło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa. Zdarzeniem ubezpieczeniowym w rozumieniu niniejszej umowy jest również zdarzenie zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Medical Assistance;
  - 7) Uposażony – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie w razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem;
  - 8) suma ubezpieczenia – kwota wypłacana w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, stanowiąca:
    - a) w przypadku wystąpienia zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego – kwotę zadłużenia w dniu wypłaty świadczenia,
    - b) 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 ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem limitów i postanowień w punkcie VI; Suma ubezpieczenia nie obejmuje kwoty odsetek karnych należnych Ubezpieczającemu za okres dłuższy niż 120 dni, ani należności związanych z bankowym postępowaniem egzekucyjnym.
  - 9) inwalidztwo – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego Ubezpieczony utracił bezterminowo zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz jest trwale i całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji;
  - 10) czasowa niezdolność do pracy – oznacza potwierdzoną dokumentem zwolnienia ZUS ZLA niezdolność do wykonywania pracy, której przyczyną nie jest ciąża lub macierzyństwo w okresie urlopu macierzyńskiego i wychowawczego, trwającą nieprzerwanie przez okres co najmniej 60 dni;
  - 11) poważne zachorowanie Ubezpieczonego – polegające na wystąpieniu objawów choroby lub chorób wymienionych i zdefiniowanych w pkt a),

b), c), d), e) i f) lub przebycie zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ppkt g), h) i i) pod warunkiem, że objawy choroby lub chorób zdefiniowanych w ppkt a), b), c), d), e) i f) oraz choroby lub chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych, wskazanych w ppkt g), h) i i) pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub chorób lub daty zabiegu operacyjnego:

- 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 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;
- 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, wynaczynienia 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, 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);
- 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:
- 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);
- 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 ope-

racji 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;
- 12) Medical Assistance – program polegający na zapewnieniu Ubezpieczonemu świadczeń medycznych przez Towarzystwo, poprzez pokrycie kosztów leczenia Ubezpieczonego na warunkach określonych w Warunkach ubezpieczenia świadczeń medycznych w ramach programu „Medical Assistance”. Program ten jest oferowany w pakiecie I, II, III lub IV;
- 13) osoby nieaktywne zawodowo – osoby uzyskujące dochód z tytułu renty lub emerytury.
- 14) kredyt konsolidacyjny – kredyt przeznaczony na spłatę zobowiązań zaciągniętych w bankach i w innych instytucjach finansowych;
- 15) kredyt restrukturyzowany – 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;
- 16) harmonogram spłaty kredytu – dokument sporządzony przez Ubezpieczającego, stanowiący integralną część umowy kredytowej, określający wysokość rat wymaganych do spłaty w poszczególnych terminach;
- 17) pakiet dodatkowy – ubezpieczenie oferowane wskazanemu przez Ubezpieczającego Ubezpieczonemu w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu;
- 18) zwrot składki – składka za ubezpieczenie jaką Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu w przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego przed upływem okresu kredytowania wskazanego w umowie kredytowej.
- 19) miesiąc polisowy – okres, którego początek przypada pierwszego dnia odpowiedzialności Towarzystwa i każdego odpowiadającego tej dacie dnia w kolejnych miesiącach kalendarzowych, a jeżeli przypada w dniu którego nie ma w danym miesiącu kalendarzowym w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego. Koniec miesiąca polisowego stanowi dzień poprzedzający pierwszy dzień kolejnego miesiąca polisowego.

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

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęty jest:
  - 1) zgon,
  - 2) inwalidztwo,
  - 3) zdarzenie ubezpieczeniowe zdefiniowane w Warunkach programu „Medical Assistance” - Pakiet I, II, III, IV,
  - 4) w odniesieniu do osób prowadzących własną działalność gospodarczą – czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - 5) w odniesieniu do osób nieaktywnych zawodowo, osób uzyskujących dochody z tytułu umów cywilno prawnych oraz osób uzyskujących dochody z innego tytułu będących w wieku emerytalnym – poważne zachorowanie Ubezpieczonego.
3. 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 stosunku do zdarzeń będących następstwem chorób, na które Ubezpieczony chorował, leczyl się lub które zostały zdiagnozowane w ciągu 12 miesięcy poprzedzających dzień, w którym udzielony został kredyt który spowodował przekroczenie 160 000 (stu sześćdziesiąt

- ciu tysięcy) złotych kwoty zadłużenia, o którym mowa wyżej.
4. W odniesieniu do zdarzenia polegającego na wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty 6 rat kredytu w ciągu całego okresu ochrony danego Ubezpieczonego.
  5. W odniesieniu do zdarzenia polegającego na wystąpieniu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, odpowiedzialność, odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty maksymalnie 10 rat kredytu w ciągu całego okresu ochrony danego Ubezpieczonego.

### **III. Obejmowanie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo**

1. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu następnym po dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 80 lat oraz podpisała oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia z zastrzeżeniem zdania drugiego.  
W przypadku kredytu konsolidacyjnego ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która podpisała oświadczenie o przystąpieniu do Ubezpieczenia oraz która w dniu następnym po dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych:
  - 1) 77 lat jeżeli okres kredytowania trwa dłużej niż 84 miesiące (7 lat), ale nie dłużej niż 96 miesięcy (8 lat);
  - 2) 78 lat jeżeli okres kredytowania trwa dłużej niż 72 miesiące (6 lat), ale nie dłużej niż 84 miesiące (7lat);
  - 3) 79 lat jeżeli okres kredytowania trwa dłużej niż 60 miesięcy (5 lat), ale nie dłużej niż 72 miesiące (6 lat);
  - 4) 80 lat jeżeli okres kredytowania trwa nie dłużej niż 60 miesięcy (5lat).
2. Suma ubezpieczenia w odniesieniu do jednego Ubezpieczonego nie może przekroczyć:
  - 1) 200 000 (dwieście tysięcy) złotych w przypadku kredytu konsolidacyjnego oraz 160 000 (sto sześćdziesiąt tysięcy) złotych w przypadku pozostałych pożyczek - dla Klientów Banku, którzy na podstawie przeprowadzonej przez Bank oceny punktowej uzyskują możliwość skorzystania z oferty pożyczki powyżej 50 000 na dłużej niż 36 miesięcy;
  - 2) 120 000 (sto dwadzieścia tysięcy) złotych, w pozostałych przypadkach z zastrzeżeniem postanowień ust. 3
3. Jeżeli suma ubezpieczenia przekracza kwoty, o których mowa w ust. 2, w przypadku udzielania pierwszej pożyczki lub 260 000 złotych w przypadku kolejnej pożyczki, Towarzystwo może objąć ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorcę na pisemny wniosek Ubezpieczającego. W takim wypadku Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podjęcia decyzji o akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego względem danego Kredytobiorcy, po zastosowaniu właściwych, zdaniem Towarzystwa, procedur (w tym m.in. do skierowania Kredytobiorcy na badania lekarskie na koszt Towarzystwa). W wypadku, o którym mowa powyżej, maksymalną sumę ubezpieczenia w stosunku do jednego Klienta, w przypadku Klientów Banku posiadających więcej niż jedną aktywną pożyczkę, określa się na kwotę 260 000 złotych.

### **IV. Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy Kredytowej pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego rozpoczyna się po 3-miesięcznym okresie karencji, liczonym od dnia zawarcia umowy Kredytowej pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia, z końcem dnia, w którym:
  - 1) nastąpił zgon Ubezpieczonego;
  - 2) nastąpiło orzeczenie inwalidztwa;
  - 3) rozwiązana została umowa kredytu na skutek upływu okresu jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego;
  - 4) upłynął miesiąc polisowy, w którym nastąpiła całkowita spłata kredytu

chyba że Ubezpieczający zaproponuje Ubezpieczonemu kontynuację ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w punkcie VII.

4. 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 Bankiem umowie kredytu.

#### **V. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa**

1. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego, gdy 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 od odpowiedzialności z tytułu inwalidztwa lub czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jeżeli inwalidztwo lub czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
  - 1) pozostawania 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, nerwic, 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) dyskopatii.
3. Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli wystąpienie poważnego zachorowania było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:
  - 1) pozostawania 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 elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
  - 7) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowaw-

- czym 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.
4. Zdarzeń ubezpieczeniowych obejmowanych odpowiedzialnością Towarzystwa, w rozumieniu niniejszej umowy ubezpieczenia nie stanowią zabiegi operacyjne wymienione w punkcie I ust. 1 pkt 11 ppkt g), h) i i), jeżeli objawy chorób będących przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów wystąpiły kiedokolwiek przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w okresie karencji.
  5. Odpowiedzialnością Towarzystwa, w odniesieniu do zdarzenia określonego w punkcie I ust. 1 pkt 11 ppkt a) i b), nie są objęci Ubezpieczeni, których wiek w dniu przystąpienia do umowy był wyższy niż 65 rok życia lub którzy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia ukończyli 65 rok życia.
  6. W odniesieniu do ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego w okresie 24 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia spowodowanego chorobą, której objawy występowały w okresie 12 miesięcy poprzedzających początek odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
  7. W odniesieniu do ubezpieczenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego może być wypłacone tylko jedno świadczenie z powodu tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wystąpienia kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne zdarzenia nie wynikają pośrednio lub bezpośrednio ze zdarzenia za które wypłacono świadczenie.

## **VI. Ustalenie i wypłata świadczenia**

1. Z tytułu zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości kwoty zadłużenia w dniu wypłaty świadczenia (suma ubezpieczenia zdefiniowana w punkcie I ust 1 pkt 8 ppkt a), z tym zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów restrukturyzowanych kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości aktualnej kwoty zadłużenia w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie będzie wyższa od kwoty zadłużenia wynikającej z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu.
2. 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 ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 6 rat, (suma ubezpieczenia zdefiniowana w punkcie I ust. 1 pkt 8 ppkt b) 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.
3. 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 ubezpieczeniowego, nie więcej jednak niż liczba rat wynikająca z tego harmonogramu do końca spłaty kredytu (suma ubezpieczenia zdefiniowana w punkcie I ust. 1 pkt 8 ppkt b), z zastrzeżeniem, że w przypadku kredytów restrukturyzowanych kwota należnego od Towarzystwa świadczenia w wysokości rat kredytu wynikających z aktualnego harmonogramu spłaty kredytu nie będzie wyższa od kwoty rat wynikających z pierwotnego harmonogramu spłaty kredytu.



4. Świadczenie nie może być wyższe od sumy ubezpieczenia zgodnie z definicją zawartą w niniejszej umowie.
5. Wystąpienie inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS.
6. Wystąpienie czasowej niezdolności do pracy stwierdza Towarzystwo na podstawie doręczonego przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego orzeczonego przez lekarza okresu czasowej niezdolności do pracy potwierdzonego wystawionym drukiem ZUS ZLA.
7. Wystąpienie poważnego zachorowania Ubezpieczonego stwierdza Towarzystwo na podstawie doręczonej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
8. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności:
  - 1) w razie zgonu:
    - a) akt zgonu (odpis lub poświadczona kopia);
    - b) raport zadłużenia (zadłużenie na dzień zajścia zdarzenia oraz zadłużenie na dzień zgłoszenia zdarzenia);
    - c) zaświadczenie medyczne stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
    - d) inne dokumenty mające wpływ na wysokość świadczenia (np. raporty odsetek karnych).
    - e) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 2) w razie inwalidztwa:
    - a) orzeczenie komisji lekarskiej ZUS o całkowitej, trwałej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji;
    - b) dokumentacja medyczna dotycząca schorzenia będącego przyczyną inwalidztwa (np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Kredytobiorcy na komisję ZUS). W przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych itp., konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie;
    - c) raport zadłużenia (zadłużenie na dzień zajścia zdarzenia oraz zadłużenie na dzień zgłoszenia zdarzenia).
    - d) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 3) w razie 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) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
  - 4) w razie 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. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala.
    - b) harmonogram spłaty kredytu obowiązujący w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
9. W przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia, należy dołączyć opis okoliczności wypadku, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury) oraz sygnatury sprawy.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania bez pośrednictwa osoby uprawnionej o dodatkowe dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty mogą być uzyskiwane w szczególności od jednostek służby zdrowia w ramach upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego

w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

11. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
12. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie Towarzystwa zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 11.

## **VII. Pakiet dodatkowy**

1. Wprowadzone w umowie ubezpieczenia określenia oznaczają:
  - 1) Certyfikat – dokument będący potwierdzeniem objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach pakietu dodatkowego, wydawany przez pracownika Ubezpieczającego;
  - 2) Planowana data spłaty kredytu – data określona w umowie kredytu oraz w harmonogramie spłaty kredytu;
  - 3) Wcześniejsza spłata kredytu – spłata kredytu przed planowanym terminem spłaty kredytu określonym w umowie kredytu oraz w harmonogramie spłaty kredytu;
  - 4) Wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego oraz które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa.
2. Zakres i objęcie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo
  - 1) w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu, na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczonemu objęcie ochroną w ramach pakietu dodatkowego. Pisemne oświadczenie woli danego Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną w ramach pakietu dodatkowego może być wyrażone albo w osobnym oświadczeniu złożonym przez Ubezpieczonego, albo w umowie kredytowej;
  - 2) skuteczność zgody o której mowa wyżej (zdanie drugie) zależy od spełnienia dwóch przesłanek: wcześniejszej spłaty kredytu przez Ubezpieczonego oraz złożenia propozycji objęcia ochroną w ramach pakietu dodatkowego przez Ubezpieczającego;
  - 3) odpowiedzialnością Towarzystwa w ramach pakietu dodatkowego objęte są następujące zdarzenia :
    - a) pakiet pierwszy - Zgon Ubezpieczonego oraz Medical Assistance
    - b) pakiet drugi - Zgon Ubezpieczonego, zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku oraz Medical Assistance zgodnie ze wskazaniem w certyfikacie;
  - 4) zakres ubezpieczenia wskazany w pkt 3) w ramach pakietu dodatkowego uzależniony jest od zakresu ochrony świadczonej przez Towarzystwo, będącej zabezpieczeniem udzielonego przez Ubezpieczającego kredytu, który spłacany jest przed planowaną datą spłaty kredytu.
3. Suma Ubezpieczenia
  - 1) Suma ubezpieczenia w ramach pakietu dodatkowego uzależniona jest od wysokości składki do zwrotu w przypadku spłaty kredytu przed planowaną datą spłaty oraz od okresu, o który kredyt został skrócony.
  - 2) Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie może być niższa niż 1 000 zł .
  - 3) Suma ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wskazana jest przez Towarzystwo w certyfikacie.
4. Składka
  - 1) Składka za ubezpieczenie w ramach pakietu dodatkowego każdego z Ubezpieczonych pobierana jest jednorazowo ze środków będących składką do zwrotu w przypadku spłaty kredytu przed planowaną datą spłaty kredytu.
  - 2) Jeżeli po pobraniu jednorazowej składki o której mowa wyżej, ze środków będących składką do zwrotu, pozostaną środki do zwrotu, środki te

- zostaną zwrócone na wniosek Ubezpieczającego.
- 3) W przypadku wygaśnięcia ochrony Ubezpieczeniowej przed upływem okresu ubezpieczenia w ramach pakietu dodatkowego wskazanego w certyfikacie, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokona zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony.
  - 4) Zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony w ramach pakietu dodatkowego nastąpi według proporcjonalnego rozliczenia składki w stosunku do czasu ochrony.
5. Okres ubezpieczenia
- 1) Okres Ubezpieczenia uzależniony jest od okresu, o który kredyt został skrócony
  - 2) Okres ubezpieczenia nie może być dłuższy niż 6 miesięcy.
  - 3) Okres ubezpieczenia w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wskazany jest przez Towarzystwo w certyfikacie.
6. Czas trwania odpowiedzialności
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w ramach pakietu dodatkowego rozpoczyna się w dacie wskazanej w certyfikacie jako data początku ochrony ubezpieczeniowej nie wcześniej jednak niż w dniu rozliczenia przez Ubezpieczającego wcześniejszej spłaty kredytu.
  - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w ramach pakietu dodatkowego wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy ubezpieczenia:
    - a) z końcem dnia w którym :
      - nastąpił zgon Ubezpieczonego
      - rozwiązana została umowa ubezpieczenia
      - upłynął okres ubezpieczenia wskazany w certyfikacie;
    - b) z końcem ostatniego dnia miesiąca w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową.
7. Wyłączenie odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku:  
Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeżeli wypadek nastąpi bezpośrednio w wyniku:
- 1) 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
8. Ustalenie i wypłata świadczenia
- 1) Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w certyfikacie.
  - 2) Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości wskazanej w certyfikacie.
  - 3) Świadczenie, o którym mowa w ust. 8 pkt 1) oraz 2) otrzymuje Uposażony wskazany w certyfikacie.
  - 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
    - a) współmałżonkowi;
    - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak współmałżonka;
    - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
    - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
    - e) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej
  - 5) Świadczenie o którym mowa w ust. 8 pkt. 1) jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty o których mowa w punkcie VI ust. 8 pkt 1 ppkt a) i c) wraz z certyfikatem Ubezpieczonego.
  - 6) Świadczenie o którym mowa w ust 8 pkt 2) jest wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty o których mowa w punkcie VI ust 8 pkt 1 ppkt a) i c) wraz z certyfikatem Ubezpieczonego oraz dodatkowo:
    - a) dokument stwierdzający tożsamość Uposażonego;
    - b) opis okoliczności wypadku;
    - c) postanowienia o umorzeniu dochodzenia/śledztwa, jeżeli było prowadzone postępowanie;
    - d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia policji).
  - 7) Komplet dokumentów o których mowa w pkt 5 i 6 osoba uprawniona składa w jednostce organizacyjnej Ubezpieczającego ( placówce bankowej), w której podpisana została Umowa lub też w przypadku podpisania umowy za pośrednictwem podmiotu współpracującego z Bankiem w zakresie prowadzonej działalności bankowej - w miejscu prowadzenia przez ten podmiot działalności, w którym podpisana została Umowa. Bank niezwłocznie, nie później niż w ciągu dwóch dni roboczych, po dokonaniu weryfikacji kompletności dokumentów przesyła je do Towarzystwa.
  - 8) Wszelkie dokumenty potrzebne do rozpatrzenia roszczenia należy złożyć w oryginale, bądź jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem. Osoba uprawniona do potwierdzania za zgodność z oryginałem jest:
    - a) pracownik instytucji wystawiającej dany dokument,
    - b) notariusz,
    - c) pełnomocnik wyznaczony przez Bank
  - 9) Postanowienia końcowe:

W sprawach nie uregulowanych w niniejszym punkcie mają zastosowanie postanowienia umowy ubezpieczenia.

### **VIII. Rozstrzygnięcie sporów**

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
2. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umo-

wy ubezpieczenia, Ubezpieczający będący osobą fizyczną lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

## IX. Postanowienia końcowe

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 objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu tego roszczenia, lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

## Warunki ubezpieczenia świadczeń medycznych dla Ubezpieczonego w ramach programu - „Medical Assistance”

### Postanowienia ogólne

#### §1

1. Postanowienia niniejszych warunków ubezpieczenia świadczeń medycznych dla Ubezpieczonego w ramach programu „Medical Assistance” (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie do Generalnej umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci lub czasowej niezdolności do pracy wskutek choroby lub nieszczęśliwego wypadku Kredytobiorców zaciągających kredyt w Euro Banku S.A. zwanej dalej Umową Generalną.
2. Świadczenia medyczne są udzielane za pośrednictwem Centrum Operacyjnego Towarzystwa – Mondial Assistance Sp. z o.o., ul. Domaniewska 50 B, 02-672 Warszawa., nr telefonu 0 48/ 22/ 522 27 15, fax – 48/22/ 522 25 20, zwanego dalej Centrum Operacyjnym.
3. Świadczenia medyczne są udzielane 24 godziny na dobę, wyłącznie dla zdarzeń zaistniałych na terytorium RP oraz świadczone na terytorium RP.
4. Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w Umowie Generalnej, zaś poniższe określenia oznaczają:
  - 1) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, uszczerbku na zdrowiu lub zmarł
  - 2) **Nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej
  - 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju z wyjątkiem chorób przewlekłych
  - 4) **Hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w celu przeprowadzenia leczenia
  - 5) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego
  - 6) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Towarzystwa udzielającego świadczeń medycznych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego
  - 7) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiają-

- cy choremu samodzielnie lub ułatwione funkcjonowanie
- 8) **Urodzenie martwego dziecka** – urodzenie martwego noworodka, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka
  - 9) **Choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczoną, oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje
  - 10) **Choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD –10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania
  - 11) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie niniejszych Warunków polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w pkt 3), nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 2) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku
  - 12) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP
  - 13) **Świadczenie medyczne** – zapewnienie przez Towarzystwo organizacji i pokrycia kosztów usług medycznych, o których mowa w §3

### Przedmiot ubezpieczenia §2

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

### Zakres ubezpieczenia §3

1. Zakres ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków obejmuje świadczenia medyczne wyłącznie na terytorium RP.
2. W zależności od wybranego zakresu świadczeń medycznych, umowę ubezpieczenia zawiera się w jednym czterech wariantów:
  - 1) Pakiet I
  - 2) Pakiet II
  - 3) Pakiet III
  - 4) Pakiet IV
3. Poniższa tabela prezentuje zakres świadczeń medycznych dostępny w poszczególnych wariantach umowy:

	pakiet I	pakiet II	pakiet III	pakiet IV
W razie wystąpienia u Ubezpieczonego choroby, nagłego zachorowania lub obrażeń ciała będących następstwem wypadku Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów poniższych usług medycznych:				
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	Brak w wariantcie	x	x	x
W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, poza usługami określonymi powyżej, Towarzystwo gwarantuje organizację i pokrycie kosztów poniższych usług:				
Wizyty lekarskiej	x	x	x	x

	pakiet I	pakiet II	pakiet III	pakiet IV
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	Brak w wariantcie	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
W razie pogorszenia się stanu zdrowia w związku z zejściem trudnej sytuacji losowej, takiej jak: zgon dziecka Ubezpieczonego lub urodzenie martwego dziecka, zgon współmałżonka Ubezpieczonego, choroba Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu Pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa				
Wszystkie wymienione powyżej usługi medyczne świadczone są do łącznej kwoty wskazanej dla poszczególnych wariantów na zdarzenie ubezpieczeniowe. Limit kosztów może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.	1500 zł	1700 zł	2300 zł	2500 zł
<p>Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu dostęp <b>do infolinii medycznej</b> - polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Towarzystwo gwarantuje również Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- jednostek chorobowych,</li> <li>- stanów wymagających nagłej pomocy,</li> <li>- zachowań pro zdrowotnych</li> <li>- leków, w tym objawach niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowaniu leków w trakcie ciąży,</li> <li>- pielęgnacji niemowląt,</li> <li>- transportu medycznego,</li> <li>- grup wsparcia, telefonach zaufania,</li> <li>- diet, zdrowego żywienia,</li> <li>- 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,</li> <li>- aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresach, numerach telefonów,</li> <li>- badań kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,</li> <li>- szczepień, zagrożenia epidemiologiczne dla podróżnych,</li> <li>- grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci,</li> <li>- ciąży – jej objawów, etapach rozwoju płodu, badaniach w czasie ciąży, zagrożeniach, dziecie w trakcie ciąży i po porodzie, tabeli dietetycznej.</li> </ul> <p>Informacje, o których mowa wyżej nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec uprawnionego lekarza i Towarzystwa.</p>				

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, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej i domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej minimum 3 dni, w związku ze stwierdzoną przez uprawnionego lekarza medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego.
  - 2) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego Ubezpieczonego wymaga leżenia.
  - 3) transport medyczny z miejsca pobytu do placówki medycznej wskazanej

przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia Ubezpieczonego nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego.

- 4) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca pobytu w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.
- 5) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej, w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony 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;
- 6) wizyty lekarskiej - zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorarium lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.
- 7) wizyty pielęgniarki - zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego.
- 8) organizację procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie oraz pokrycie kosztów jednej wizyty fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego albo zorganizowanie i pokrycie kosztów jednorazowego transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz jednej wizyty w poradni rehabilitacyjnej. Usługa ma na celu udzielenie Ubezpieczonemu rekomendacji co do dalszego toku przebiegu procesu rehabilitacyjnego.
- 9) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz organizuje i pokrywa koszty transportu drobnego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego
- 10) opieka nad dziećmi - w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
  - a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
  - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
5. Centrum Operacyjne świadczy usługi wskazane w ust. 4 pkt 10 po uzyskaniu przez lekarza uprawnionego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki.
6. W razie pogorszenia się stanu zdrowia w związku z zajęciem trudnej sytuacji losowej, takiej jak: zgon dziecka Ubezpieczonego lub urodzenie martwego dziecka, zgon współmałżonka Ubezpieczonego, choroba Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu Pomoc psychologa polegającą na organizacji i pokryciu kosztów wizyt u psychologa.
7. Towarzystwo zapewnia Ubezpieczonemu dostęp do infolinii medycznej – polegający na telefonicznej rozmowie z uprawnionym lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Towarzystwo gwarantuje również Ubezpieczonemu dostęp do informacji na temat:
  - 1) jednostek chorobowych,
  - 2) stanów wymagających nagłej pomocy,



- 3) zachowań pro zdrowotnych
  - 4) leków, w tym objawów niepożądanych przy przyjmowaniu leków, oraz przyjmowania leków w trakcie ciąży,
  - 5) pielęgnacji niemowląt,
  - 6) transportu medycznego,
  - 7) grup wsparcia, telefonach zaufania,
  - 8) diet, zdrowego żywienia,
  - 9) placówek medycznych (lekarzy ogólnych, szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez lekarzy uprawnionych,
  - 10) aptek, w tym w szczególności na temat godzin ich otwarcia, adresów, numerów telefonów,
  - 11) informacji o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku,
8. W przypadku, gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania usług wymienionych w ust. 4 pkt 10 Towarzystwo:
- a) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości i przez okres wskazany w tabeli. Jeżeli po upływie wskazanego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne 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.
9. O celowości organizacji i pokrycia kosztów wszystkich wymienionych powyżej usług medycznych decyduje lekarz uprawniony.

### **Wyłączenia odpowiedzialności**

#### **§4**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
  - 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności,
  - 3) kosztów zakupu leków,
  - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
  - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
    - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
    - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
    - c) pozostawiania Ubezpieczonego, pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
    - d) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10;
    - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
    - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spado-

- chroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe, narciarstwo;
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- j) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- k) chorób przewlekłych.

## **Ustalenie i spełnienie świadczeń Towarzystwa**

### **§5**

1. W razie wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, gdy konieczne jest skorzystanie z pomocy medycznej, transportu lub innych usług o których mowa w niniejszych Warunkach, Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu zobowiązani są przed podjęciem jakichkolwiek działań we własnym zakresie niezwłocznie zgłosić telefonicznie prośbę o pomoc do Centrum Operacyjnego, tel. **+48 22 522 27 15**. Ubezpieczony lub osoba kontaktująca się w jego imieniu z Centrum Operacyjnym, powinni dokładnie wyjaśnić dyżurującemu pracownikowi Centrum Operacyjnego okoliczności, w jakich Ubezpieczony się znajduje i jakiej pomocy potrzebuje oraz umożliwić lekarzom uprawnionym dostęp do wszystkich informacji medycznych.
2. Na życzenie Centrum Operacyjnego, zarówno Ubezpieczony jak i osoba występująca w jego imieniu, zobowiązani są przekazać następujące informacje:
  - 1) nazwisko i imię Ubezpieczonego oraz numer PESEL i w miarę możliwości jego numer telefonu,
  - 2) numer umowy kredytowej,
  - 3) podać dokładne miejsce zdarzenia, krótki opis i rodzaj wymaganej pomocy,
  - 4) stosować się do zaleceń Centrum Operacyjnego, udzielając informacji i niezbędnych pełnomocnictw,
  - 5) umożliwić Centrum Operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia okoliczności zdarzenia, zasadności i wysokości roszczenia oraz udzielić w tym celu wyjaśnień.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy spełnienia świadczenia, zmniejszenia go lub pokrycia jego kosztów w wysokości, jakie poniósłby w przypadku organizowania usług we własnym zakresie, jeżeli Ubezpieczony lub osoba występująca w jego imieniu nie dopełnili któregokolwiek z obowiązków określonych wyżej.
4. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty usług medycznych, o których mowa w §2 ust. 1 i 2 Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawiającego do skorzystania z pomocy medycznej i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez Centrum Operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości jaką poniósłoby w przypadku zapewnienia usług medycznych we własnym zakresie.
5. Podanie przez Ubezpieczonego nieprawdziwych danych, dotyczących okoliczności lub skutków zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową lub uchylenie się od udzielenia wyjaśnień, powoduje utratę prawa do korzystania ze świadczeń medycznych bądź odmowę zwrotu kosztów o której mowa w ust. 4.
6. Wykonanie usług medycznych gwarantowanych w niniejszych Warunkach może być opóźnione na skutek strajków, zamieszek, niepokojów społecznych, zamachów terrorystycznych, wojny domowej czy o zasięgu międzynarodowym, promieniowania radioaktywnego lub jonizującego, zaistnienia zdarzenia losowego lub zadziałania siły wyższej, udokumentowanych przez Towarzystwo.

## Postanowienia końcowe

### §6

W kwestiach nie uregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia Umowy Generalnej, przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa.

## **Wyciąg z umowy generalnej nr 00/04/357/5756488 dotyczącej ubezpieczenia kredytów konsumpcyjnych dla osób fizycznych udzielanych przez Euro Bank S.A., zawartej pomiędzy Euro Bank Spółka Akcyjna a Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Polska Spółka Akcyjna.**

### Postanowienia ogólne

#### §1

Wprowadzone w umowie generalnej ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) kredyt – kredyt lub pożyczka udzielony Kredytobiorcy przez Bank na podstawie umowy kredytu bankowego lub pożyczki zawartej pomiędzy tymi podmiotami;
- 2) Kredytobiorca – osoba fizyczna będąca stroną umowy kredytowej zawartej z Bankiem, zatrudniona na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub określony;
- 3) umowa kredytowa – umowa zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą, na podstawie procedur bankowych, której przedmiotem jest udzielenie Kredytobiorcy przez Bank kredytu;
- 4) procedury bankowe – regulamin wraz z instrukcją i załącznikami stosowanymi przez Bank przy udzielaniu kredytów;
- 5) rata kredytu – rata kredytu (kapitałowo-odsetkowa) wynikająca z umowy kredytowej określona w harmonogramie spłat kredytu ;
- 6) osoba bezrobotna – bezrobotny w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. Nr 99, poz. 1001 z póź. zm.) któremu przysługuje prawo do zasiłku;
- 7) utrata pracy – utrata przez Kredytobiorcę stałego źródła dochodu na skutek rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę za wypowiedzeniem, z zastrzeżeniem postanowień § 4 , oraz uzyskanie statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
- 8) zdarzenie ubezpieczeniowe – utrata pracy przez Kredytobiorcę w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) szkoda – niespłacenie przez Kredytobiorcę rat kredytu w wyniku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) odszkodowanie – wypłacana przez Allianz kwota odpowiadająca sumie wymagalnych rat kredytu, niespłaconych przez Kredytobiorcę na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień §2.
- 11) suma ubezpieczenia – kwota określająca górną granicę odpowiedzialności Allianz w zakresie każdej objętej ochroną ubezpieczeniową umowy kredytowej, odpowiadająca sumie 18 rat kredytu niespłaconych przez Kredytobiorcę w następstwie utraty pracy i wymagalnych w okresie posiadania przez Kredytobiorcę statusu osoby bezrobotnej w rozumieniu niniejszej umowy;
- 12) okres rekwalifikacji – okres 12 miesięcy, który musi upłynąć pomiędzy dwoma następującymi po sobie zdarzeniami ubezpieczeniowymi, aby przysługiwało odszkodowanie z tytułu późniejszego z tych zdarzeń; okres ten liczony jest od 30 dnia po terminie płatności przez Allianz ostatniej raty kredytu przysługującej jako odszkodowanie w ramach danego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 13) 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 wierzytelności bankowych w stosunku do pierwotnie ustalonych pomiędzy stronami umowy kredytowej.

## **Przedmiot i zakres ubezpieczenia**

### **§2**

1. Na podstawie niniejszej umowy Allianz zobowiązuje się do wypłaty odszkodowań w przypadku wystąpienia zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Odszkodowania wypłacane będą na rzecz Banku, na podstawie oświadczeń Kredytobiorców, składanych przez nich przy podpisaniu umów kredytowych, wskazujących Bank jako podmiot uprawniony do otrzymania kwoty odszkodowania.
3. Przedmiotem ubezpieczenia są spłaty rat kredytu objęte ochroną ubezpieczeniową przez Allianz na zasadach i warunkach określonych w niniejszej umowie.
4. Odpowiedzialność Allianz z tytułu niniejszej umowy, w zakresie każdej indywidualnej umowy kredytowej objętej ochroną ubezpieczeniową i wszystkich związanych z nią zdarzeń ubezpieczeniowych, które mogą wystąpić w okresie ubezpieczenia, ograniczona jest do 18 miesięcznych rat kredytu niespłaconych przez Kredytobiorcę na skutek utraty pracy, wymagalnych w okresie kiedy Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 7 poniżej. Z zastrzeżeniem postanowień §5 ust.3, w ramach powyższego limitu, odszkodowanie wypłacane jest za każdy udokumentowany miesiąc, w którym Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną.
5. W przypadku wystąpienia dwóch lub więcej zdarzeń ubezpieczeniowych, w odniesieniu do jednej umowy kredytowej, odpowiedzialność Allianz z tytułu drugiego lub kolejnych z tych zdarzeń ubezpieczeniowych uzależniona jest od upływu okresu re kwalifikacji, w którym Kredytobiorca pozostawał w zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub czas określony.
6. Wysokość wymagalnych rat kredytu wypłacanych przez 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 wyliczona na podstawie harmonogramu spłaty kredytu uzgodnionego przez Bank i Kredytobiorcę przy zawieraniu umowy kredytowej, odszkodowanie wypłacane jest w oparciu o harmonogram spłat kredytu obowiązujący w dniu zawarcia umowy kredytowej.
7. 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.
8. W przypadku wcześniejszej spłaty kredytu przez Kredytobiorcę, Kredytobiorca może być objęty dodatkową ochroną ubezpieczeniową, jeżeli złoży stosowne oświadczenie, na zasadach określonych w §6.

## **Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej**

### **§ 3**

1. Ochrona ubezpieczeniowa dla każdej ubezpieczonej umowy kredytowej rozpoczyna się od dnia podpisania przez Kredytobiorcę oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia i trwa przez okres obowiązywania umowy kredytowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa Allianz w odniesieniu do każdej umowy kredytowej wygasa, niezależnie od innych postanowień umowy z dniem, w którym:
  - 1) wygasa umowa kredytowa, z zastrzeżeniem § 6 ust.3,
  - 2) osiągnięty został maksymalny okres wypłaty odszkodowania, o którym mowa w §2 ust.4,
  - 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. Allianz zaprzestaje wypłaty odszkodowania z tytułu danego zdarzenia ubezpieczeniowego z dniem, w którym:
  - 1) osiągnięty został maksymalny okres wypłaty odszkodowania, o którym

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

### **Wyłączenie odpowiedzialności Allianz** **§ 4**

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

### **Ustalenie i wypłata odszkodowania** **§ 5**

1. W razie powstania szkody, Bank kieruje do 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 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 lub do 15 dni od dnia wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w przypadku gdy Kredytobiorca posiada pakiet dodatkowy ubezpieczeń.
3. Odszkodowanie wypłacane jest zgodnie z harmonogramem spłat rat kredytu, za każdy udokumentowany miesięczny okres, w którym Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, z wyłączeniem miesiąca w którym Kredytobiorca uzyskał status osoby bezrobotnej.
4. W terminie do 14 dni roboczych od dnia otrzymania wezwania, o którym mowa w ust. 1 oraz dokumentów określonych w wezwaniu do zapłaty, 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 Allianz powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Zapłata odszkodowania następuje na rzecz Banku, na wskazany w Wezwaniu do zapłaty odszkodowania rachunek w złotych polskich.
7. Wypłata odszkodowania lub świadczenia z jakiegokolwiek innego ubezpieczenia zawartego przez Bank lub scedowanego na Bank dotyczącego danej umowy kredytowej objętej ubezpieczeniem na podstawie niniejszej umowy odpowiednio zmniejsza wysokość odszkodowania z tytułu niniejszej umowy.

### **Dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa** **w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu** **§ 6**

1. W przypadku rozwiązania umowy kredytowej na skutek wcześniejszej spłaty

kredytu przez Kredytobiorcę, Kredytobiorcy przysługuje dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa na wypadek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, jeżeli Kredytobiorca złoży oświadczenie wyrażające zgodę na objęcie go dodatkową ochroną ubezpieczeniową.

2. W ramach dodatkowej ochrony, o której mowa w ust. 1, Allianz wypłaci Kredytobiorcy, w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, odszkodowanie za każdy udokumentowany miesięczny okres, przypadający w okresie ubezpieczenia, w którym Kredytobiorca pozostaje osobą bezrobotną, jednakże z wyłączeniem miesiąca w którym Kredytobiorca uzyskał status osoby bezrobotnej, w wysokości rat kredytu wskazanych w harmonogramie spłaty kredytu, obowiązującym w dniu zawarcia umowy kredytowej.
3. Dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w ust. 1 rozpoczyna się od dnia rozwiązania umowy kredytowej i trwa do dnia do którego trwałaby umowa kredytowa gdyby nie uległa rozwiązaniu na skutek wcześniejszej spłaty kredytu, jednak nie dłużej niż 6 miesięcy. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pod warunkiem umieszczenia danych dotyczących danej umowy kredytowej i wcześniejszej spłaty kredytu w raporcie rozliczenia zmian.
4. Przy ustalaniu i wypłacie odszkodowania stosuje się odpowiednio postanowienia § 5 umowy z zastrzeżeniem postanowień ust. 5 i 6.
5. Wezwanie do zapłaty odszkodowania kierowane jest do Allianz za pośrednictwem Banku.
6. Odszkodowanie wypłacane jest Kredytobiorcy na rachunek bankowy wskazany przez niego w zgłoszeniu roszczenia.

### **Postanowienia końcowe**

#### **§ 7**

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, należy zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Allianz za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Allianz, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Allianz w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Kredytobiorcy .
4. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Bank lub Kredytobiorca powinien niezwłocznie powiadomić Allianz najpóźniej w ciągu 14 dni od dnia powzięcia informacji o jego zaistnieniu.
5. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
6. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte ochroną ubezpieczeniową.
7. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia przerywa się przez zgłoszenie Allianz tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.



0 801 700 100

[www.eurobank.pl](http://www.eurobank.pl)

całkowity koszt połączenia z nr. 0 801 700 100  
to koszt jednego impulsu taryfy lokalnej