

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW UBEZPIECZENIE SPŁATY KREDYTU NR 9980/6

§1. Definicje

1. „**Choroba**” – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od czyjkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
2. „**Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej**” – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem, czyli dzień następujący po dniu zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy kredytowej.
3. „**Harmonogram**” – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
4. „**Hospitalizacja**” – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacja nie jest w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
5. „**Klient**” – osoba fizyczna, która zawarła umowę kredytową z Ubezpieczającym.
6. „**Nieszczęśliwy wypadek**” – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego Uszkodzenie ciała.
7. „**Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny**” – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale Pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, rezultatem którego jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek Pojazd będący w ruchu.
8. „**Pojazd**” – urządzenie mechaniczne przeznaczone do transportu lądowego posiadające silnik oraz rowery i wszelkie inne urządzenia do transportu wodnego lub lotniczego.
9. „**Składka**” – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
10. „**Szpital**” – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych, zatrudniający zawodowo, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek inna placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki lecznictwa otwartego (np.: ambulatoria, przychodnie zdrowia, tzw. kliniki jednego dnia), zakłady lecznictwa uzdrowiskowego tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe, oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne, a także oddziały rehabilitacyjne.
11. „**Towarzystwo**” – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26.
12. „**Trwałe i całkowite inwalidztwo**” – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.
13. „**Ubezpieczający**” – AIG Bank Polska Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c.
14. „**Ubezpieczenie**” – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy.
15. „**Ubezpieczony**” – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
16. „**Umowa**” – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie Spłaty Kredytu” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
17. „**Umowa kredytowa**” – umowa o kredyt ratalny zawierana pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym.
18. „**Uprawniony**” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci, wynikających z Umowy, innych niż świadczenia należne Ubezpieczającemu. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenia zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą na Ubezpieczonym.
19. „**Uszkodzenie Ciała**” – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku (w tym także nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego).
20. „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**” – w zależności od zakresu Ubezpieczenia, określonego w § 2 ust. 3 i 4: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek Choroby, Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzenie Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, stwierdzenie Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

§2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Osoby przystępujące do Ubezpieczenia mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach 16 Grup ryzyk. Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia określa grupę ryzyk, w ramach której dany Klient objęty jest ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) grupy ryzyk 10 – 16 przeznaczone są dla osób, które spełniają łącznie poniższe warunki:
 - a) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia mają ukończone 18 lat, a nie ukończone 65 lat,
 - b) w dniu objęcia ubezpieczeniem są zatrudnione na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy lub na czas określony nie krótszy niż okres trwania Umowy kredytowej,
 - c) w dniu objęcia Ubezpieczeniem nie nabyły prawa do emerytury lub renty,
 - d) okres kredytowania zgodnie z Harmonogramem wynosi co najmniej 4 miesiące;
 - 2) grupy ryzyk 1 – 9 – dla pozostałych osób – **ZAKRES UBEZPIECZENIA ZALEŻY OD WIEKU OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UBEZPIECZENIA.**
3. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla **OSÓB, KTÓRE W DNIU ZAWARCIA UMOWY KREDYTOWEJ MAJĄ UKOŃCZONE 18 LAT, A NIE UKOŃCZYŁY 69 LAT**, obejmuje:
 - A. Grupa ryzyk 1 – śmierć Ubezpieczonego, zgodnie z § 6;
 - B. Grupa ryzyk 2 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 8;
 - C. Grupa ryzyk 3 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 8, § 12;
 - D. Grupa ryzyk 4 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 8, § 12;
 - E. Grupa ryzyk 5 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 12;
 - F. Grupa ryzyk 6 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację

- G. Grupa ryzyk 7 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 10, § 11, § 12;
 - H. Grupa ryzyk 8 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 10, § 11, § 12;
 - I. Grupa ryzyk 9 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 10, § 11, § 12;
 - J. Grupa ryzyk 10 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 8;
 - K. Grupa ryzyk 11 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 8;
 - L. Grupa ryzyk 12 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9;
 - M. Grupa ryzyk 13 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 10;
 - N. Grupa ryzyk 14 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 10, § 11;
 - O. Grupa ryzyk 15 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 10, § 11;
 - P. Grupa ryzyk 16 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, zgodnie z § 6, § 7 ust. 1, § 9, § 10, § 11
4. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla **OSÓB, KTÓRE W DNIU ZAWARCIA UMOWY KREDYTOWEJ UKOŃCZYŁY 69 LAT, A NIE UKOŃCZYŁY 95 LAT**, obejmuje:
 - A. Grupa ryzyk 1 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. a
 - B. Grupa ryzyk 2 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. b
 - C. Grupa ryzyk 3 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. c, § 12;
 - D. Grupa ryzyk 4 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. d, § 12;
 - E. Grupa ryzyk 5 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. e, § 12;
 - F. Grupa ryzyk 6 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. f, § 12;
 - G. Grupa ryzyk 7 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. g, § 12;
 - H. Grupa ryzyk 8 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. h, § 12;
 - I. Grupa ryzyk 9 – śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 7 ust. 2 lit. i, § 12;

§3. Kwalifikacja

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli:
 - a. ukończył 18 lat ale nie ukończył 69 lat w dniu zawarcia Umowy kredytowej – w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 2 ust. 3,
 - b. ukończył 69 lat ale nie ukończył 95 lat w dniu zawarcia Umowy kredytowej – w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w § 2 ust. 4.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca lub, gdy klient kończy 18 lat w miesiącu podpisania Umowy kredytowej, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który spełnia wymogi podane w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz podpisze deklarację o objęciu ubezpieczeniem. Jeżeli Klient podpisał deklarację o objęciu ubezpieczeniem mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w ust. 1, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności.

§4. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest dzień następujący po dniu zawarcia Umowy kredytowej.
2. Okres indywidualnego Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania, tj. od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu do ostatecznego terminu spłaty Umowy kredytowej, o którym mowa w Harmonogramie.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego kończy się w dniu wystąpienia jednej z określonych poniżej okoliczności:
 - 1) upływu okresu, za który została opłacona Składka,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) stwierdzenia stanu Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego zgodnie z § 8 lub § 9,
 - 4) odstąpienia od Umowy kredytowej przez Ubezpieczonego,
 - 5) upływu okresu indywidualnego Ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej
 - 6) ustania ochrony ubezpieczeniowej na skutek dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z § 5.

§5. Rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Ubezpieczenia w każdym czasie trwania Ubezpieczenia.
2. Podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres AIG Bank Polska SA, ul. Strze-

gomska 42c, 53-611 Wrocław. Oświadczenie powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer umowy kredytowej oraz prośbę o zaniechanie objęcia Ubezpieczeniem nr 9980/6. Jeżeli Ubezpieczony przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia od następstw utraty pracy kredytobiorców „Ubezpieczenie Spłaty Kredytu” Nr ILOE/99806/09, oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia powinno obejmować także prośbę o zaniechanie objęcia Ubezpieczeniem nr ILOE/99806/09.

3. W przypadku skutecznej rezygnacji, ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca danego miesiąca ochrony, tj. do dnia wymagalności (włącznie) najbliższej raty kredytowej, zgodnie z harmonogramem, przypadającej po dniu, w którym wpłynął do Ubezpieczającego wniosek o rezygnację.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczającemu przysługują zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli jednak rezygnacja nastąpi w terminie 30 dni od podpisania umowy kredytowej (odstąpienie), zwrot składki przysługuje w pełnej wysokości, pod warunkiem, że Ubezpieczony nie skorzystał ze świadczeń w ramach ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§6. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego

1. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 2 poniżej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia z przyczyną innej niż Nieszczęśliwy wypadek, to świadczenie równe Sumie ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1, jest wypłacane Ubezpieczającemu.
2. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie o którym mowa w ust. 1 wypłacane jest w całości Uprawnionemu.

§7. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

1. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. a), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie, równe jest podwójnej Sumie ubezpieczenia (200%) określonej w § 13 ust. 1 i jest wypłacane w równych częściach:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
2. Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. b), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie równe jest:
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 1 – 100% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 2 – 150% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 50% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - c. w przypadku Grupy ryzyk 3 – 100% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
 - d. w przypadku Grupy ryzyk 4 – 150% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 50% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - e. w przypadku Grupy ryzyk 5 – 200% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - f. w przypadku Grupy ryzyk 6 – 250% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 150% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - g. w przypadku Grupy ryzyk 7 – 300% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 200% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - h. w przypadku Grupy ryzyk 8 – 350% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 250% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
 - i. w przypadku Grupy ryzyk 9 – 400% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia – Ubezpieczającemu,
 - 300% Sumy ubezpieczenia – Uprawnionemu.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie o którym mowa w ust. 1 i ust. 2 wypłacane jest w całości Uprawnionemu.

§8. Świadczenie z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

1. W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo, Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), należne świadczenie wypłacane zostanie Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 2, 4 i 11 - Sumie ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1,
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 3 i 10 - 75% Sumy ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1.
2. Od daty Nieszczęśliwego Wypadku powodującego Trwałe i całkowite inwalidztwo do czasu uznania jej za trwałe musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwałe i całkowite inwalidztwo zostaje stwierdzone natychmiast i wyżej wymieniony okres 6 miesięcy nie obowiązuje.

§9. Świadczenie z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa

1. W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo, Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), należne świadczenie wypłacane zostanie Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 5-9 i 12-16 - Sumie ubezpieczenia określonej w § 13 ust. 1,
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 6 i 13 - 100% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
 - c. w przypadku Grupy ryzyk 7-9 i 14-16 - 200% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego

§10. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

1. W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a) należne miesięczne świadczenie, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - a. w przypadku Grupy ryzyka 6 i 13 – 100% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 7-9 i 14-16 – 200% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego

zostanie wypłacone pod warunkiem, że:

- 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji co najmniej 30 dni,
 - 3) Uszkodzenie ciała, w wyniku którego Ubezpieczony podlega Hospitalizacji są bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku płatne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów §13
 4. Maksymalny okres wypłaty świadczenia z tytułu Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 180 dni.
 5. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§11. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby

1. W razie Hospitalizacji na skutek Choroby Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a) należne miesięczne świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 8 i 15 – 100% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 9 i 16 – 200% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która powstała po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji co najmniej 30 dni.
3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby płatne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów §13.
4. Maksymalny okres, za który wypłacone zostanie świadczenie z tytułu Hospitalizacji dla każdej Choroby nie może przekroczyć 180 dni.
5. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tą samą Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§12. Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komu

1. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 pkt 1 lit. a) objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 – 9 oraz w §3 pkt 1 b) objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 – 9 na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego nastąpi w trakcie okresu Ubezpieczenia, zarówno w trakcie trwania umowy kredytowej jak i po jej wcześniejszym zakończeniu, należne świadczenie, w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1, wypłacane jest Uprawnionemu.
2. Świadczenie jest wypłacane niezależnie od innych świadczeń przewidzianych Umową, jeżeli łączne:
 - a) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wyżej wymienionej wypadku i
 - b) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego było Uszkodzenie ciała.

§13. Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz Trwałego i całkowitego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równa jest sumie:
 - a. kwoty kapitału wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej w dniu lub po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
 - b. kwoty odsetek będących częścią raty kapitałowo-odsetkowej, wynikającej z Harmonogramu, obowiązującej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej w dniu lub po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby odpowiada sumie miesięcznych rat kredytu przypadających na okres Hospitalizacji.
3. Maksymalna kwota kredytu na potrzeby obliczenia Sumy ubezpieczenia nie może przekroczyć 100.000,00 (słownie: stu tysięcy) złotych. W przypadku, gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną Umowę kredytową z Ubezpieczeniem wynikającym z niniejszej Umowy, Suma ubezpieczenia będzie obliczana przy uwzględnieniu powyższego limitu.

§14. Wskazanie lub zmiana osoby uprawnionej

1. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany Uprawnionej do otrzymania świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2, § 7, § 12 w części innej niż część należna Ubezpieczającemu, przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa.
2. W celu wyznaczenia lub zmiany osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia należy podać następujące informacje:
 - nr Umowy kredytowej,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - nr polisy grupowej 9980/6,
 - imię i nazwisko lub firmę Uprawnionego,
 - data urodzenia (dla osoby fizycznej) lub numer w Krajowym Rejestrze Sądowym (dla osoby prawnej) Uprawnionego,
 - adres do korespondencji osoby uprawnionej,
 - PESEL (dla osoby fizycznej).
3. W przypadku podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 2, uniemożliwiających weryfikację tożsamości Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone Spadkobiercom Ubezpieczonego.

§15. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w tym Grupy ryzyk, o których mowa w § 2, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonych oraz opłat i kosztów zawiązania i obsługi Umowy, a także charakterystyki kredytów ratalnych, w tym faktycznego okresu ich obowiązywania.
2. Składki płatne są w złotych polskich z góry za cały okres ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
3. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Umowie oraz Umowie kredytowej.
4. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego.

§16. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych, spowodowanych bądź wynikających bezpośrednio lub pośrednio, w całości lub części, z dowolnego z poniższych czynników:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności w ciągu pierwszych dwóch lat od daty rozpoczęcia ochrony;
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 3) Choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych w ciągu 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 3 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony;

- 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego;
 - 5) Napaści dokonanej przez Ubezpieczonego lub usiłowania przez Ubezpieczonego dokonania Napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udziału Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym;
 - 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zalecane na zlecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS) oraz jakiegokolwiek choroby związanej z AIDS lub wirusem HIV
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego było bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo związane z:
- 1) nieudaną próbą samobójstwa klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia
 - 2) chorobami psychicznymi i zaburzeniami nerwowymi,
 - 3) niezdolnością do pracy spowodowaną wszystkimi dolegliwościami subiektywnymi nie udokumentowanymi wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych itp.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego wynika bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo lub jest związana z:
- 1) bólami pleców, krzyża i schorzeniami powiązаныmi, chyba, że istnieją wyniki badań potwierdzające powyższe schorzenia;
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
 - 3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową;
 - 4) wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich;
 - 5) wszelkimi chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wycieczkową lub rehabilitacyjną lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu;
 - 6) jakąkolwiek opieką, bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji;

§17. Roszczenia

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane w formie oryginału albo kopii poświadczonych notarialnie lub przez Ubezpieczającego.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający powinien zostać powiadomiony pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Ubezpieczający na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia tj. Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja zgonu) – Oświadczenie Zgłaszającego/ Spadkobiercy/Uposażonego oraz Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja zgonu) – Oświadczenie lekarza które po uzupełnieniu wraz z

- 1) odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego;
- 2) statystyczną kartą zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu (w przypadku braku wypełnionego formularza przez lekarza),
- 3) kopią protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury, sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- 5) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy zostają odesłane na adres Ubezpieczającego. Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

2. Śmierć Ubezpieczonego – roszczenia do 5.000 zł

W przypadku, gdy przesłanie dokumentów, o których mowa w ust. 1 jest niemożliwe, a zgłaszane roszczenie dotyczy zgonu Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończył 69 lat i należne świadczenie nie przekracza 5.000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych), Towarzystwo rozpatruje roszczenie na podstawie dokonanego zgłoszenia roszczenia oraz przesłanego skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego. Zasada wyrażona powyżej znajdzie zastosowanie jedynie dla przypadków, gdy zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie trzech miesięcy od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową.

3. Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularze: Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego – (dokumentacja całkowitego i trwałego inwalidztwa) – Oświadczenie Ubezpieczonego oraz Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja całkowitego i trwałego inwalidztwa) – Oświadczenie lekarza, które po wypełnieniu wraz z:

- 1) orzeczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- 3) kopią dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy,
- 4) kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- 5) kopią protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury, sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- 6) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy, zostają przekazane Ubezpieczającemu. Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

4. Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularze: Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego – (dokumentacja hospitalizacji) – Oświadczenie Ubezpieczonego oraz Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja hospitalizacji) – Oświadczenie lekarza, które po wypełnieniu powinny zostać niezwłocznie odesłane do Towarzystwa wraz z:

- kopią dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego;
- kopią protokołu powypadkowego z Policji, Prokuratury, Sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku;
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

5. Badanie medyczne

W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS,

– przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tej weryfikacji i badań.

6. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zajścia zdarzenia poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
 2. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
 3. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może, po wcześniejszym wezwaniu Ubezpieczonego/Uprawnionego/Ubezpieczającego do uzupełnienia, odmówić wypłaty świadczenia.
 4. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, Sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji i osób o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
- ### 7. Wypłata świadczenia
1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania pisemnego wniosku Ubezpieczonego, Uprawnionego lub Ubezpieczającego.
 2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże w przypadkach, w których wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

§18. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres siedziby Towarzystwa do Działu Obsługi Klienta. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź.
2. W przypadku nie uznania skargi lub zażalenia przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych.

§19. Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

§20. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wynikać z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 09.06.2009 r.

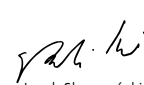
§ 21. Prawo właściwe

Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 26.01.2010 roku.



Mirosław Kisyc
Członek Zarządu Amplico Life SA



Jacek Skowroński
Członek Zarządu Amplico Life SA

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OD NASTĘPSTW UTRATY PRACY KREDYTOBIORCÓW „UBEZPIECZENIE SPŁATY KREDYTU” NR ILOE/99806/09

1. Definicje

1. „**Bliski krewny**” – małżonek, rodzice, dzieci, rodzeństwo.
2. „**Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej**” – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem, czyli dzień następujący po dniu zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy kredytowej.
3. „**Harmonogram**” – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
4. „**Klient**” – osoba fizyczna, która zawarła Umowę kredytową z Ubezpieczającym.
5. „**Składka**” – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie Umowy.
6. „**Towarzystwo**” – Chartis Europe Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie.
7. „**Ubezpieczający**” – AIG Bank Polska Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c.
8. „**Ubezpieczony**” – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem, to jest zawarł Umowę kredytową z Ubezpieczającym, przystąpił do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/6, zawartej między Ubezpieczającym a Amplico Life Pierwszym Amerykańsko – Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, a także spełnia warunki, o których mowa w § 4 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
9. „**Ubezpieczenie**” – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy na wypadek Utraty pracy.
10. „**Umowa**” – Umowa Grupowego Ubezpieczenia od Następstw Utraty Pracy Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty kredytu” nr ILOE/99806/09 zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
11. „**Umowa kredytowa**” – umowa o kredyt ratalny zawarta pomiędzy Klientem a Ubezpieczającym.
12. „**Utrata pracy**” – wygaśnięcie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony nie krótszy niż czas trwania Umowy kredytowej, na skutek rozwiązania tej umowy za wypowiedzeniem przez pracodawcę nie wcześniej niż w 90 dniu po dacie rozpoczęcia ubezpieczenia.
13. Termin oznaczony w miesiącach, stosowany w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, rozumiany być powinien, w razie wątpliwości, zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego.

§2. Przedmiot i zakres Ubezpieczenia

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest ryzyko utraty pracy świadczonej przez Ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy lub na czas określony nie krótszy niż okres trwania Umowy kredytowej.
2. Zakres Ubezpieczenia obejmuje ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego.

§3. Zdarzenia Ubezpieczeniowe

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest uzyskanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do pobierania zasiłku na podstawie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U., Nr 99, poz. 1001 z późn. zm.) na skutek Utraty pracy, pod warunkiem, że Ubezpieczony posiada status bezrobotnego z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych przez okres co najmniej 3 miesięcy.

§4. Kwalifikacja

1. Każdy Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli:
 - a) ukończył 18 lat, ale nie ukończył wieku 65 (sześćdziesięciu pięciu) w dniu zawarcia Umowy kredytowej;
 - b) złożył Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/6, zawartej między Ubezpieczającym a Amplico Life Pierwszym Amerykańsko – Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie „Ubezpieczenie Spłaty Kredytu”;
 - c) w dniu przystąpienia do Ubezpieczenia nie jest uprawniony do świadczeń emerytalnych lub rentowych;
 - d) jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy lub na czas określony nie krótszy niż okres trwania Umowy kredytowej;
 - e) okres kredytowania zgodnie z Harmonogramem wynosi co najmniej 4 miesiące.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego lub, gdy klient kończy 18 lat w miesiącu podpisania Umowy kredytowej, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.

§5. Uczestnictwo

Każdy zakwalifikowany Klient, zgodnie z § 4 powyżej, zostanie objęty Ubezpieczeniem, jeżeli złoży Deklarację przystąpienia do niniejszego Ubezpieczenia oraz Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/6, zawartej między Ubezpieczającym a Amplico Life Pierwszym Amerykańsko – Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.

§6. Data rozpoczęcia i zakończenia Ubezpieczenia

1. W stosunku do indywidualnego Klienta Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej jest dzień następujący po dniu zawarcia przez Klienta Umowy kredytowej oraz złożeniu Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia na życie na podstawie umowy ubezpieczenia nr 9980/6 zawartej między Ubezpieczającym a Amplico Life Pierwszym Amerykańsko – Polskim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
2. Okres indywidualnego Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania, tj. od Daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do ostatecznego terminu spłaty, o którym mowa w Harmonogramie.
3. Ubezpieczenie każdego Ubezpieczonego wygasa w chwili:
 - a) upływu okresu, za który została opłacona Składka;
 - b) wypłaty świadczeń w ilości i/lub wartości określonej w § 8 pkt 3 z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych;
 - c) upływu okresu, na jaki została zawarta Umowa kredytowa zgodnie z Harmonogramem
 - d) osiągnięcia przez Ubezpieczonego 66 roku życia;
 - e) ustania ochrony ubezpieczeniowej na skutek dokonanej rezygnacji z Ubezpieczenia, zgodnie z § 7.

§7. Rezygnacja z Ubezpieczenia

1. Ubezpieczony ma prawo rezygnacji z Ubezpieczenia w każdym momencie jego trwania.
2. Podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres AIG Bank Polska SA, ul. Strzegomska 42c, 53-611 Wrocław. Oświadczenie powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer umowy kredytowej oraz prośbę o zaniechanie objęcia Ubezpieczeniem nr ILOE/99806/09 oraz Ubezpieczenia na życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty kredytu” nr 9980/6.
3. W przypadku skutecznej rezygnacji ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca danego miesiąca ochrony, tj. do dnia wymagalności (włącznie) najbliższej raty kredytowej zgodnie z Harmonogramem, przypadającej po dniu, w którym wpłynął do Ubezpieczającego wniosek o rezygnację.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli jednak rezygnacja nastąpi w terminie 30 dni od podpisania umowy kredytowej (odstąpienie), zwrot składki przysługuje w pełnej wysokości, pod warunkiem, że Ubezpieczony nie skorzystał ze świadczeń w ramach ochrony ubezpieczeniowej.
5. Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 8. Świadczenia

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu miesięczne świadczenie w wysokości miesięcznej raty wynikającej z Harmonogramu. Z zastrzeżeniem §3 Świadczenie jest płatne od 1 dnia za każdy miesięczny okres posiadania statusu bezrobotnego z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych, pod warunkiem, że w pierwszym dniu tego okresu Umowa kredytowa jest w mocy, zgodnie z Harmonogramem.

2. W przypadku wcześniejszego zakończenia Umowy kredytowej świadczenie, o którym mowa w ust 1 powyżej jest wypłacane w całości Ubezpieczonemu.
3. Maksymalna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 3 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i 6 z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, a maksymalna suma tych świadczeń nie może przekroczyć odpowiednio 12.000 zł i 24.000 zł. Maksymalna liczba świadczeń miesięcznych nie może również przekroczyć liczby rat kredytu pozostałych do spłaty od daty wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z Harmonogramem. W przypadku, gdy Ubezpieczony w tym samym czasie posiada więcej niż jedną Umowę kredytową z ubezpieczeniem wynikającym z niniejszej Umowy, maksymalna kwota świadczenia z tytułu Ubezpieczenia będzie obliczana przy uwzględnieniu powyższych limitów.
4. Świadczenie z tytułu kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone, jeżeli od daty końca okresu, za który zostało wypłacone ostatnie świadczenie z tytułu poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego upłynie okres nie krótszy niż 12 następujących po sobie miesięcy zatrudnienia na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy lub na czas określony, nie krótszy niż okres trwania Umowy kredytowej u jednego pracodawcy przez Ubezpieczonego.

§9. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy.
2. Składki płatne są w złotych jednorazowo za cały okres ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
3. Składka jest uiszczana Towarzystwu przez Ubezpieczającego.

§10. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

Towarzystwo nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe wynikło bezpośrednio lub pośrednio z dowolnego z poniższych powodów:

- a) wypowiedzenia umowy o pracę przez Ubezpieczonego lub rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron;
- b) uzyskanie prawa do emerytury lub wcześniejszej emerytury;
- c) jeżeli była pracodawcą jest bliskim krewnym Ubezpieczonego;
- d) uzyskania prawa do świadczenia z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego;
- e) wojny, strajków lub działań niezgodnych z prawem;
- f) w przypadku dyscyplinarnego zwolnienia Ubezpieczonego z pracy;
- g) w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
- h) w przypadku utraty przez Ubezpieczonego prawa do pobierania zasiłku określonego w § 3 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
- i) w okresie bezpośrednio poprzedzającym Utratę pracy Ubezpieczony nie przepracował na podstawie umowy o pracę przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy u jednego pracodawcy co najmniej 6 następujących po sobie miesięcy.

§11. Roszczenia

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane w formie oryginału albo kopii poświadczonych notarialnie lub w formie kopii poświadczonych przez uprawnionego przedstawiciela Ubezpieczającego albo przez osobę uprawnioną z zakładu pracy (dotyczy kopii rozwiązania umowy o pracę).

1. Zawiadomienie o Utracie pracy przez Ubezpieczonego

W przypadku utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczony kontaktuje się z Ubezpieczającym w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia. Ubezpieczający niezwłocznie przekazuje Ubezpieczonemu formularz Wniosek o wypłatę świadczenia. Ubezpieczony składa u Ubezpieczającego wypełniony formularz wraz z kopią rozwiązania umowy o pracę, kopią umowy o pracę w przypadku braku informacji o formie i okresie zatrudnienia w dokumencie rozwiązania umowy o pracę, zaświadczeniem z urzędu pracy o aktualnym wpisie Ubezpieczonego jako bezrobotnego do rejestru bezrobotnych oraz prawie do pobierania zasiłku dla bezrobotnych za okres co najmniej 3 miesięcy od dnia przyznania tego prawa.

2. Dodatkowe informacje

W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, Sądu i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje w celu ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

3. Wypłata świadczenia

Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania pisemnego wniosku Ubezpieczonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, pod warunkiem, że wszystkie wymagane przez Towarzystwo informacje zostały podane. Towarzystwo informuje Ubezpieczonego o przyczynie braku wypłaty świadczenia w powyższym terminie.

Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku.

§12. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres siedziby Towarzystwa. Towarzystwo w ciągu 14 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź.
2. W przypadku nie uznania skargi lub zażalenia przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skargi i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych.
3. Towarzystwo zobowiązuje się do przysyłania do Ubezpieczającego miesięcznych raportów ze skarg w terminie 15-go dnia następnego miesiąca kalendarzowego.

§13. Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

§14. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 26.01.2010 roku.

Agnieszka Żołędziowska-Kulig
Zastępca Dyrektora Oddziału Chartis Europe SA