

**WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA OSÓB FIZYCZNYCH
ZAWIERAJĄCYCH Z BANKIEM MILLENNIUM SA UMOWY KREDYTU**
Zwane dalej Warunkami ubezpieczenia

DEFINICJE

§ 1

Poniższe terminy w rozumieniu Warunków grupowego ubezpieczenia posiadają następujące znaczenie:

1. **CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY** - orzeczony przez lekarza okres czasowej niezdolności do wykonywania pracy, stanowiącej źródło uzyskiwania przychodu przez Ubezpieczonego, na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego potwierdzony obowiązującym drukiem zaświadczenia lekarskiego wystawionym zgodnie z przepisami, o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy,
2. **DEKLARACJA ZGODY** – oświadczenie woli Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową,
3. **DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO:**
 - 1) **ZGONU** – dzień zgonu wskazany w akcie zgonu,
 - 2) **NIEZDOLNOŚCI DO ZAROBKOWANIA** – dzień powstania niezdolności do zarobkowania wskazany w Orzeczeniu. W przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania niezdolności do zarobkowania, za dzień zajścia niezdolności do zarobkowania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia,
 - 3) **POWAŻNEGO ZACHOROWANIA:**
 - a) w przypadku zawału serca, udaru mózgu i nowotworu złośliwego – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę danej dziedziny,
 - b) w przypadku niewydolności nerek – dzień postawienia diagnozy przez lekarza nefrologa, potwierdzającej zgodność zaisntałej choroby z opisem zawartym w ust. 9 pkt. 1),
 - c) w przypadku operacji na naczyniach wieńcowych i transplantacji głównych narządów – dzień zabiegu operacyjnego;
- 4) **UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODÓW:**
 - a) w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony - dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego, z zastrzeżeniem sytuacji opisanej w § 7, pkt 4), kiedy to za datę Utraty stałego źródła dochodów uważa się dzień, w którym wygasłby stosunek pracy lub stosunek służbowy wskutek rozwiązania go przez pracodawcę z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia określonych w Kodeksie Pracy,
 - b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą - dzień wykreślenia wpisu w Ewidencji działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego lub dzień ogłoszenia upadłości Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania,
 - c) w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego - dzień rozwiązania kontraktu menedżerskiego przez dającego zlecenie, a w przypadku, gdy rozwiązanie kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących pracowników w rozumieniu przepisów prawa pracy, za datę utraty stałego źródła dochodów uważa się dzień, w którym wygasłby ten kontrakt wskutek rozwiązania go przez dającego zlecenie z zachowaniem umówionych okresów wypowiedzenia określonych w kontrakcie menedżerskim;
- 5) **CZASOWEJ NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY** – dzień wskazany w druku zaświadczenia, o którym mowa w ust. 1, jako pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy. **KREDYTOBIORCA** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę Kredytu; w przypadku udzielenia jednego Kredytu więcej niż jednemu Kredytobiorcy (Współkredytobiorcom) postanowienia Warunków ubezpieczenia dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio do Współkredytobiorców, o ile Warunki ubezpieczenia nie stanowią odmiennie,
5. **NIEZDOLNOŚĆ DO ZAROBKOWANIA** – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie którego Ubezpieczony trwale utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy, powodujące wydanie Orzeczenia. Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku niezdolności do zarobkowania ogranicza się do zdarzeń, których bezpośrednie przyczyny rozpoczęły się po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej,
6. **ODSETKI** – odsetki należne Bankowi z mocy Umowy Kredytu,
7. **OKRES ROZLICZENIOWY** – miesiąc kalendarzowy,
8. **ORZECZENIE** – prawomocne orzeczenie wydane na podstawie przepisów prawa o emeryturach i rentach przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego powyżej 180 dni,
9. **POWAŻNE ZACHOROWANIE** – jedna ze zdefiniowanych poniżej chorób:
 - 1) **NIETYDOLNOŚĆ NEREK** – końcową postać niewydolności nerek charakteryzującą się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie regularnych dializ lub przeszczep nerki,
 - 2) **NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujących się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina; definicja nie obejmuje nowotworów będących wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjnych nowotworów in-situ oraz wszelkich nowotworów skóry, z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
 - 3) **OPERACJA NA NACZYNIACH WIĘNCOWYCH** – dokonana przez kardiochirurga operacja (ang. *bypass*) wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcy zwichnięcia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak angioplastyka przeszkońna, terapia laserowa lub inne metody leczenia nieoperacyjnego,
 - 4) **TRANSPLANTACJA GŁÓWNYCH NARZĄDÓW** – przebieg w charakterze biocy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego,
 - 5) **UDAR MÓZGU** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego. Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Nie uznaje się za udar mózgu objawów mózgowych związanych z migreną, uszkodzeń mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia,

schorzeń naczyńnych prowadzących do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także chorób niedokrwiennych układu przedstonkowego,

- 6) **ZAWAŁ SERCA** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, nowe zmiany w zapisie EKG oraz podwyższony poziom enzymów sercowych; wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;
10. **RACHUNEK** – rachunek kredytowy prowadzony przez Bank przeznaczony do rozliczenia spłaty Rat udzielonego Kredytu,
11. **RATA** – suma kwoty raty kapitałowej i odsetek przypadających do spłaty w określonym terminie płatności wynikającym z harmonogramu spłaty Rat Kredytu,
12. **ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE** – świadczenie pieniężne Towarzystwa wypłacane Uprawnionemu z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
13. **UBEZPIECZAJĄCY** – BANK MILLENNIUM Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
14. **UBEZPIECZONY** – Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia; w przypadku zawarcia Umowy Kredytu z więcej niż jednym Kredytobiorcą (Współkredytobiorcami), i objęcia ich ochroną ubezpieczeniową, postanowienia Warunków ubezpieczenia dotyczące Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio w stosunku do wszystkich Współkredytobiorców objętych ochroną ubezpieczeniową,
15. **UMOWA KREDYTU** – zawarta pomiędzy Bankiem, a Kredytobiorcą umowa kredytu konsumpcyjnego lub konsolidacyjnego, na podstawie której Bank oddaje do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony w umowie Kredytu określoną kwotę środków pieniężnych (Kredyt), a Kredytobiorca zobowiązuje się w szczególności do korzystania z niej na warunkach określonych w umowie Kredytu oraz zwrotu kwoty otrzymanego Kredytu wraz z odsetkami w oznaczonych terminach spłaty oraz zapłaty przywrócić do udzielonego Kredytu. Pod pojęciem UMOWA KREDYTU na potrzeby Umowy rozumie się również umowę pożyczki zawartą pomiędzy Bankiem a Pożyczkobiorcą,
16. **UPRAWNIONY** – BANK MILLENNIUM Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie,
17. **UTRATA STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODÓW** –
 - 1) w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony - utrata zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym, lub wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i Ubezpieczonego z przyczyn nie dotyczących pracownika (rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn ekonomicznych leżących po stronie pracodawcy) w rozumieniu właściwych przepisów prawa, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w Warunkach ubezpieczenia;
 - 2) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą - spowodowane przyczynami ekonomicznymi - tj. w sytuacji, gdy:
 - a) w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego Przedsiębiorstwo Ubezpieczonego ponosiło stratę, albo
 - b) Ubezpieczony zaprzestął prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie działalności Przedsiębiorstwa Ubezpieczonego, albo
 - c) pracodawca rozwiązał z Ubezpieczonym umowę cywilno-prawną, w ramach której Ubezpieczony wykonywał działalność swojego Przedsiębiorstwa - zaprzestanie prowadzenia i wykreślenie wpisu w Ewidencji działalności gospodarczej lub ogłoszenie upadłości, a nadto uzyskanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w Warunkach ubezpieczenia; pod warunkiem, że Ubezpieczony przynajmniej przez 3 (słownie: trzy) miesiące poprzedzające przystąpienie do ubezpieczenia nieprzerwanie prowadził działalność gospodarczą w rozumieniu właściwych przepisów i nie został w tym czasie złożony wniosek o wykreślenie wpisu w Ewidencji działalności gospodarczej lub wniosek o ogłoszenie upadłości spółki;
 - 3) w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie tego kontraktu przez dającego zlecenie, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa;
18. **WIEK** – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem, a datą urodzenia Kredytobiorcy,
19. **TOWARZYSTWO** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 000092396, o numerze REGON: 932716961 i numerze NIP: 895-17-65-137, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony: 57 200 000 zł - w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu, niezdolności do zarobkowania oraz poważnego zachorowania; Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław, wpisane do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 000002736, o numerze REGON: 272324625 i numerze NIP: 895-10-07-276, kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony: 31 500 000 zł - w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów, czasowej niezdolności do pracy, zwana dalej **Towarzystwem**,
20. **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zajście w okresie ubezpieczenia zgonu, niezdolności do zarobkowania, poważnego zachorowania, utraty stałego źródła dochodów lub czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, jest ryzyko:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) niezdolności do zarobkowania Ubezpieczonego,
 - 3) poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - 4) zajścia czasowej niezdolności do pracy wskutek rozstroju zdrowia, będącego wynikiem choroby lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, za który uważane jest zdarzenie zewnętrzne i niezależne od woli Ubezpieczonego,
 - 5) utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego.
2. Towarzystwo spełni, z zastrzeżeniem § 6 oraz zgodnie z § 9, świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia w okresie odpowiedzialności zdarzenia zgonu, niezdolności do zarobkowania, poważnego zachorowania, jeśli bezpośrednio lub

pośrednie przyczyny tego zdarzenia powstały w okresie ubezpieczenia. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność tylko za pierwsze ze zgłoszonych zdarzeń ubezpieczeniowych.

3. Towarzystwo spełni, z zastrzeżeniem §§ 7-8, świadczenie ubezpieczeniowe miesięczne w wysokościach i liczbach określonych w §§ 12-13 (**ubezpieczenie na wypadek utraty pracy**) lub w §§15-16 (**ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy**), w razie zajścia w okresie ubezpieczenia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Towarzystwo spełni świadczenie ubezpieczeniowe na rzecz Uprawnionego, który zaliczy je na poczet spłaty zobowiązania Ubezpieczonego wynikającego z zawartej Umowy Kredytu.

OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 3

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) dla Kredytobiorców przystępujących do ubezpieczenia przy zawieraniu Umowy Kredytu: od dnia wypłaty Kredytu lub jego pierwszej transzy, nie wcześniej jednak niż od dnia złożenia podpisanej Deklaracji Zgody (**przystąpienie do ubezpieczenia**),
 - 2) dla Kredytobiorców przystępujących do ubezpieczenia po zawarciu Umowy Kredytu: od dnia złożenia podpisanej Deklaracji Zgody (**przystąpienie do ubezpieczenia**).
2. Odpowiedzialność (ochrona ubezpieczeniowa) Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, po spełnieniu warunków określonych w § 5, rozpoczyna się:
 - 1) na wypadek zgonu lub niezdolności do zarobkowania - od dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) na wypadek poważnego zachorowania utraty stałego źródła dochodów, czasowej niezdolności do pracy - po 30 (słownie: trzydziestym) dniu od dnia przystąpienia do ubezpieczenia

i trwa do końca okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.

§ 4

1. Okres ubezpieczenia wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) z dniem całkowitej spłaty Kredytu,
 - 2) z dniem rozwiązania z Umowy Kredytu,
 - 3) z dniem odstąpienia od Umowy Kredytu,
 - 4) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 5) z dniem powstania niezdolności do zarobkowania,
 - 6) z dniem zajścia poważnego zachorowania,
 - 7) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat - w zakresie ochrony udzielanej z tytułu wystąpienia ryzyka poważnego zachorowania,
 - 8) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, z zastrzeżeniem §§ 7-8 w zakresie ubezpieczenia na wypadek utraty stałego źródła dochodów, czasowej niezdolności do pracy.
2. W razie, gdyby przed wydaniem Orzeczenia upłynął okres ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego po wydaniu Orzeczenia, z zastrzeżeniem § 2 ust. 2.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

§ 5

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Kredytobiorca, którego wiek nie przekracza 75 lat w dniu przystąpienia do ubezpieczenia (złożenie podpisanej Deklaracji Zgody).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczenie na wypadek zgonu, niezdolności do zarobkowania, poważnego zachorowania

§ 6

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi,
 - 2) popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) zdarzeniem spowodowanym w stanie nietrzeźwości,
 - 4) zatruciem spowodowanym wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli:
 - 1) zgon Ubezpieczonego nastąpił w związku z czynnym udziałem Ubezpieczonego w masowych rozruchach społecznych.
 - 2) niezdolność do zarobkowania Ubezpieczonego nastąpiła w związku z:
 - a) prowadzeniem pojazdu w stanie nietrzeźwości lub po użyciu alkoholu,
 - b) samookaleceniem,
 - c) wyczynowym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportu, rozumianym jako polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych.

Ubezpieczenie na wypadek utraty stałego źródła dochodów

§ 7

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy utrata stałego źródła dochodów nastąpiła w wyniku:

- 1) rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego wskutek wypowiedzenia go Ubezpieczonemu przez pracodawcę przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
- 2) rozwiązania kontraktu menedżerskiego wskutek wypowiedzenia go przez dającego zlecenie przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
- 3) rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego przez Ubezpieczonego,
- 4) rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z

przyczyn niedotyczących pracowników (rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn ekonomicznych leżących po stronie pracodawcy), w rozumieniu przepisów prawa pracy,

- 5) rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- 6) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony z upływem okresu na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny stosunek pracy lub stosunek służbowy z dotychczasowym pracodawcą na kolejny, bezpośrednio następujący po zakończeniu poprzedniego okresu zatrudnienia (ciągłość zatrudnienia),
- 7) zakończenia kontraktu menedżerskiego z upływem okresu na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny kontrakt menedżerski z dotychczasowym dającym zlecenie na kolejny, bezpośrednio następujący po zakończeniu poprzedniego okres (ciągłość zatrudnienia),
- 8) niezasadnionego przyczynami ekonomicznymi zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej z wyłączeniem przyczyn opisanych w § 1 pkt.17 ust 2).

Ubezpieczenie na wypadek na wypadek czasowej niezdolności do pracy

§ 8

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli czasowa niezdolność do pracy nastąpiła na skutek lub w związku z:

- 1) działaniami wojennymi,
- 2) popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 3) zdarzeniem spowodowanym w stanie nietrzeźwości,
- 4) zatruciem spowodowanym wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 5) samookaleceniem,
- 6) wyczynowym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportu, rozumianym jako polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych,
- 7) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub użyciem leków bądź narkotyków niezleconych przez lekarza,
- 8) poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób,
- 9) chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, dyskopatią, zespołami korzeniowymi, zespołami bólów kręgosłupa, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami lekarskimi,
- 10) ciążą, z wyjątkiem sytuacji powodującej pobyt w szpitalu powyżej 30 dni.

SUMA UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Ubezpieczenie na wypadek zgonu, niezdolności do zarobkowania, poważnego zachorowania

§ 9

1. Suma ubezpieczenia z tytułu zajścia zgonu, niezdolności do zarobkowania lub poważnego zachorowania ustalana jest na dzień wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego i równa jest łącznej wysokości:
 - 1) kapitału pozostającego do spłaty na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wynikającego z obowiązującego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramu spłaty rat kredytu, pomniejszonego o spłatę rat kapitałowych po dniu zajścia do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego oraz
 - 2) jednej raty odsetkowej, za miesiąc w którym nastąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe, wynikającej z obowiązującego na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramu spłaty rat kredytu, oraz
 - 3) odsetek przeterminowanych według przewidzianej Umową Kredytu stopy, liczonych za okres od dnia wypływu do Banku Aktu zgonu ubezpieczonego do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 120 (słownie: sto dwadzieścia) dni oraz
 - 4) odsetek ustawowych według przewidzianej przepisami prawa stopy, liczonych za okres od dnia wypływu do Banku Aktu zgonu ubezpieczonego do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 120 (słownie: sto dwadzieścia) dni.
2. Jeśli Stroną Umowy Kredytu jest więcej niż jeden Kredytobiorca (Współkredytobiorcy) i jeśli Współkredytobiorcy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową, suma ubezpieczenia, określona w ust. 1 w odniesieniu do danego Ubezpieczonego, stanowi proporcjonalną część sumy określonej ust. 1., w stosunku do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową Kredytu.

§ 10

1. W razie zajścia zgonu, niezdolności do zarobkowania lub poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie ubezpieczenia, zgodnie z § 9.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielonej ochrony, w stosunku do danego Ubezpieczonego, ograniczona jest do kwoty 230.000 złotych (słownie: dwustu trzydziestu tysięcy złotych), bez względu na liczbę zawartych przez danego Ubezpieczonego Umów Kredytu, w związku z którymi został on objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia, oraz ich łączną wartość.

Ubezpieczenie na wypadek utraty stałego źródła dochodów

§ 11

W razie utraty stałego źródła dochodów, z zastrzeżeniem § 3 i §§ 12-14, przysługujące świadczenia miesięczne wypłacane są przez Towarzystwo Uprawnionemu zgodnie z obowiązującym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty Rat Kredytu, w kwotach oraz terminach płatności Rat przypadających po 30 (słownie: trzydziestu) dniach od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (okres wyczekiwania).

§ 12

Łączna liczba świadczeń Towarzystwa z tytułu utraty stałego źródła dochodów nie może przekroczyć 12 (słownie: dwunastu), bez względu na liczbę tych zdarzeń ubezpieczeniowych (utrat stałego źródła dochodu) w stosunku do Ubezpieczonego. W przypadku utraty stałego źródła dochodu przez osoby zatrudnione na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menedżerskiego zawartego na czas określony, Towarzystwo spełniao będzie świadczenia miesięczne, jednakże nie dłużej niż

do miesiąca, w którym wygasłaby umowa o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menadżerski zawarte na czas określony, gdyby utrata stałego źródła dochodu nie nastąpiła.

§ 13

W przypadku drugiej i każdej następnej utraty stałego źródła dochodu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo spełnia świadczenia odpowiadające Ratom, których termin zapłaty przypada po 30 (słownie: trzydziestym) dniu od daty kolejnej utraty stałego źródła dochodu.

§ 14

W każdym przypadku świadczenie z tytułu utraty stałego źródła dochodu, przestaje być wypłacane począwszy od:

- 1) dnia, w którym Ubezpieczony utracił status bezrobotnego – w rozumieniu obowiązujących przepisów,
- 2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
- 3) dnia wydania Orzeczenia,
- 4) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia.

Ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy

§ 15

W razie czasowej niezdolności do pracy, z zastrzeżeniem § 3 i §§ 16-18, przysługujące świadczenia miesięczne wypłacane są przez Towarzystwo Uprawnionemu zgodnie z obowiązującym na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogramem spłaty Rat Kredytu, w kwotach oraz terminach płatności Rat przypadających po 30 (słownie: trzydziestu) kolejnych dniach nieprzerwanej przerwy w pracy spowodowanej czasową niezdolnością do pracy Ubezpieczonego.

§ 16

Łączna liczba świadczeń Towarzystwa z tytułu czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć 36 (słownie: trzydziestu sześciu), bez względu na liczbę tych zdarzeń ubezpieczeniowych (czasowych niezdolności do pracy) w okresie odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego, pod warunkiem że pomiędzy okresami wypłaty świadczeń każdorazowo występuje 12-miesięczny (słownie: dwunastomiesięczny) okres rekwalfikacji.

§ 17

1. Jeżeli nastąpił nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności przed upływem 30 (słownie: trzydziestu) dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy, to jest on traktowany jako ciąg dalszy poprzedniego zdarzenia ubezpieczeniowego. W takim wypadku Towarzystwo zobowiązane jest do dalszej wypłaty świadczeń, o których mowa w § 15, z zastrzeżeniem § 16.
2. Jeżeli nastąpiła kolejna czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności po upływie 30 (słownie: trzydziestu) dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy, to Towarzystwo rozpoczyna realizację świadczeń, zgodnie z § 15, z zastrzeżeniem § 16.

§ 18

W każdym przypadku świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przestaje być wypłacane począwszy od:

- 1) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy,
- 2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
- 3) dnia wydania Orzeczenia, o którym mowa w § 1 pkt 8;

ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA

Ubezpieczenie na wypadek utraty stałego źródła dochodów i czasowej niezdolności do pracy

§ 19

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu udzielonej ochrony, w stosunku do danego Ubezpieczonego, ograniczona jest do kwoty 230.000 złotych (słownie: dwustu trzydziestu tysięcy złotych), bez względu na liczbę zawartych przez danego Ubezpieczonego Umów Kredytu, w związku z którymi został on objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy, oraz ich łączną wartość.
2. Jeśli Stroną Umowy Kredytu jest więcej niż jeden Kredytobiorca (Współkredytobiorcy), i jeśli Współkredytobiorcy zostali objęci ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Towarzystwa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego stanowi proporcjonalną część wartości świadczenia ubezpieczeniowego, zgodnie z §§ 11-18, w stosunku do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową w związku z jedną Umową Kredytu.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

Ubezpieczenie na wypadek zgonu, niezdolności do zarobkowania, poważnego zachorowania

§ 20

1. Należne świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest, z zastrzeżeniem postanowień § 23, po doręczeniu do **Towarzystwa** „Wniosku o wypłatę świadczenia” oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Bank za zgodność z oryginałem kopii wszystkich niezbędnych do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego dokumentów, którymi są:
 - 1) w razie Zgonu:
 - a) odpis Aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - 2) w razie niezdolności do zarobkowania: Orzeczenie,
 - 3) w razie poważnego zachorowania: orzeczenie lekarza specjalisty stwierdzające poważne zachorowanie i odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby lub przebiecia operacji,
 - 4) w razie zdarzenia ubezpieczeniowego, które nastąpiło wskutek nieszczęśliwego wypadku oprócz dokumentów, o których mowa w pkt. 1) - 3), w zależności od zdarzenia ubezpieczeniowego, także raport Policji (Prokuratury), lub
 - 5) wyłączenie w uzasadnionych przypadkach - inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczający, wraz z przekazanymi dokumentami, o których mowa w ust. 1, przekazuje także:
 - 1) obowiązujący na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogram spłaty Rat Kredytu,
 - 2) informację o wysokości kwot, o których mowa w § 6, na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pomniejszonych o dokonane do dnia składania „Wniosku o wypłatę świadczenia” wpłaty, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1),

- 3) Deklarację Zgody.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

Ubezpieczenie na wypadek utraty stałego źródła dochodów

§ 21

1. Należne świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest, z zastrzeżeniem postanowień § 23, po doręczeniu do Towarzystwa „Wniosku o wypłatę świadczenia” oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Bank za zgodność z oryginałem kopii wszystkich niezbędnych do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego dokumentów, którymi są:
 - 1) każdorazowo po utracie stałego źródła dochodów zaświadczenie lub decyzja o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej oraz:
 - a) w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony lub w przypadku osób fizycznych uzyskujących dochody z tytułu kontraktu menadżerskiego, odpowiednio: świadectwo pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego,
 - b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą:
 - i. zaświadczenie z Urzędu Skarbowego, że przez 3 (słownie: trzy) miesiące poprzedzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego Przedsiębiorstwo Ubezpieczonego przynosiło stratę oraz zaświadczenie o wykreśleniu wpisu w Ewidencji działalności gospodarczej, albo
 - ii. oświadczenie Ubezpieczonego zawierające szczegółowe wskazanie podstawy prawnej, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego oraz zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej, albo
 - iii. oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu umowy cywilno-prawnej z Ubezpieczonym oraz zaświadczenie o wykreśleniu z Ewidencji działalności gospodarczej;
 - 2) przed każdorazową wypłatą miesięcznego świadczenia - aktualny dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych, a gdy okres pobrania zasiłku się skończył - zaświadczenie potwierdzające status bezrobotnego.
2. Ubezpieczający, wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 1, przekazuje także obowiązujący na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogram spłaty Rat Kredytu.

Ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy

§ 22

1. Należne świadczenie wypłacane jest, z zastrzeżeniem postanowień § 23, po doręczeniu do Towarzystwa „Wniosku o wypłatę świadczenia” oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Bank za zgodność z oryginałem kopii wszystkich niezbędnych do wypłaty świadczenia dokumentów, którymi są:
 - 1) zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu - historia pobytu w szpitalu,
 - 2) zaświadczenia pracodawcy (wystawionego na druku ZUS Z-3 lub druku o podobnym charakterze, który może zastąpić formularz obowiązujący na dzień wejścia w życie Warunków ubezpieczenia),
 - 3) informacja pracodawcy dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim.
2. Ubezpieczający, wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 1, przekazuje także obowiązujący na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego harmonogram spłaty Rat Kredytu.

CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ TOWARZYSTWO

§ 23

1. W terminie 7 (słownie: siedmiu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego - wniosku, o którym mowa w §§ 20-22, Towarzystwo informuje pisemnie o jego otrzymaniu Ubezpieczającego, Uprawnionego i - w razie niezdolności do zarobkowania lub poważnego zachorowania - Ubezpieczonego - oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. W razie niezłożenia dokumentów, o których mowa w §§ 20-22, lub w razie uzasadnionej konieczności złożenia innych dokumentów, Towarzystwo informuje również w tym terminie osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 (słownie: trzydziestu) dni od daty otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 (słownie: czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego w terminie określonym w ust. 2, zawiadamia pisemnie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeśli świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Towarzystwo przekazuje wraz z jego wypłatą pisemną informację o wypłacie świadczenia Ubezpieczającemu i Uprawnionemu, oraz - za wyjątkiem świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu - Ubezpieczonemu.
6. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
7. Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 1., informacje i dokumenty, gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez Towarzystwo.

8. Wyłącznie w uzasadnionych przypadkach Towarzystwo może zażądać, by Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim u niezależnego lekarza orzecznika lub biegłego sądowego na koszt Towarzystwa, w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niezdolności do zarobkowania lub poważnego zachorowania.
9. Udzielenie informacji o stanie zdrowia Ubezpieczonego niezgodnych z prawdą lub brak kompletnej dokumentacji koniecznej do rozpatrzenia roszczenia, o której mowa w §§ 20-22, stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.
10. Zasady opodatkowania świadczeń należnych Uprawnionemu na mocy niniejszych Warunków ubezpieczenia regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.
11. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 24

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane do Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego powinny być doręczane drugiej stronie na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub przesłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmienił adres, a do Towarzystwa nie dotarła informacja w tym zakresie, przyjmuje się, że wysłanie korespondencji listem poleconym (pierwsze awizo) na dotychczasowy adres wywołuje skutek jej doręczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy obowiązującego prawa.