



Bezpieczny Kredyt

Ochrona Życia / Ochrona Spłaty
ogólne warunki ubezpieczenia



Bezpieczny Kredyt

Ciesz się nowym mieszkaniem – bez obaw, że przeszkodzi Ci coś, czego nie możesz przewidzieć.

Pomożemy w spłacie kredytu:

- jeśli stracisz pracę lub nie będziesz mógł pracować przez pewien czas,
- w razie Twojego pobytu w szpitalu po wypadku, gdyby Ciebie zabrakło.

Teraz możesz korzystać z możliwości, jakie daje Twoja nowa przestrzeń – my zadbamy o resztę.

Pakiet składa się z dwóch umów ubezpieczenia:

- umowy zawieranej z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie OWU Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Avivą,
- umowy zawieranej z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń Ogólnych S.A. na podstawie OWU Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Avivą.



Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia

Co zapewnia ubezpieczenie?

Gdyby Ciebie zabrakło, **wypłacimy świadczenie w wysokości salda zadłużenia**. Można je przeznaczyć na spłatę kredytu.

Co warto wiedzieć?

- Maksymalna suma ubezpieczenia zależy od wieku osoby objętej ubezpieczeniem:
 - osoby do 50 lat (włącznie): **1 500 000 zł**,
 - osoby powyżej 50 lat: **600 000 zł**.
- Umowa zawierana jest na czas określony – pierwsza trwa do końca roku następującego po tym, w którym ją zawarłeś; co roku możemy Ci zaproponować umowę na kolejne 12 miesięcy.

Zwróć uwagę:

- Jeśli ubezpieczenie jest zawierane w czasie trwania umowy kredytowej, to przez pierwszych 6 miesięcy ubezpieczenia wypłacimy:
 - saldo zadłużenia – jeśli śmierć nastąpi wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 12-krotność raty kredytu, nie więcej niż saldo zadłużenia – jeśli śmierć nie będzie związana z nieszczęśliwym wypadkiem.
- W niektórych sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia – zapoznaj się z pełną listą wyłączeń odpowiedzialności, którą podajemy w § 9 warunków ubezpieczenia.

Jak zgłosić się po świadczenie?

Zajrzyj do § 12 OWU i sprawdź, jakie dokumenty są niezbędne.

Wybierz wygodny dla siebie sposób zgłoszenia:

- wyślij dokumenty:
 - **mailowo** (w postaci skanów), na adres: bok@aviva.pl (w tytule dopisz: „Dział Obsługi Roszczeń”)
- lub
 - **pocztą** na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., Dział Obsługi Roszczeń, ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa,
- **zadzwoń** do nas: 22 563 21 28.



Co zapewnia ubezpieczenie?

Co warto wiedzieć?

W razie utraty pracy

Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości rat kredytu,

gdy utracisz pracę z nie swojej woli, zarejestrujesz się jako bezrobotny w powiatowym urzędzie pracy (co najmniej na 30 dni).

- Obejmiemy Cię ochroną, jeśli uzyskujesz dochody z tytułu:
 - umowy o pracę,
 - stosunku służbowego,
 - kontraktu menedżerskiego,
 - prowadzenia jednoosobowej pozarolniczej działalności gospodarczej.
- O dodatkowych warunkach przed zawarciem umowy ubezpieczenia przeczytasz w § 4 OWU.

W razie czasowej niezdolności do pracy

Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości rat kredytu, gdy:

- zdarzy Ci się nieszczęśliwy wypadek lub
- zachorujesz

i lekarz stwierdzi, że tymczasowo (co najmniej przez 30 dni) nie będziesz zdolny do pracy (będziesz na zwolnieniu lekarskim).

- Obejmiemy Cię ochroną, jeśli uzyskujesz dochody z tytułu:
 - umowy o pracę,
 - stosunku służbowego,
 - kontraktu menedżerskiego,
 - prowadzenia jednoosobowej pozarolniczej działalności gospodarczej.
- O dodatkowych warunkach przed zawarciem umowy ubezpieczenia przeczytasz w § 4 OWU.

W razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości rat kredytu,

gdy wskutek nieszczęśliwego wypadku będziesz przebywał w szpitalu:

- co najmniej przez 14 dni (dot. wypłaty pierwszego świadczenia),
- co najmniej przez kolejne 30 dni (dot. kolejnych rat świadczenia).

- Obejmiemy Cię ochroną, jeśli nie uzyskujesz dochodów z tytułu:
 - umowy o pracę,
 - stosunku służbowego,
 - kontraktu menedżerskiego,
 - prowadzenia jednoosobowej pozarolniczej działalności gospodarczej.

Gdyby wskutek nieszczęśliwego wypadku Ciebie zabrakło

Jeśli zdarzy się nieszczęśliwy wypadek i Ciebie zabraknie, **wypłacimy świadczenie, które można przeznaczyć na opłacenie kolejnych rat kredytu.**

Obejmiemy Cię ochroną, bez względu na to, z jakiego tytułu osiągasz dochody.

Umowa zawierana jest na czas określony – pierwsza trwa do końca roku następującego po tym, w którym ją zawarłeś; co roku możemy Ci zaproponować umowę na kolejne 12 miesięcy.



Zwróć uwagę:

Jak zgłosić się po świadczenie?

- Gdy stracisz pracę, wypłacimy Ci maksymalnie **12 kolejnych świadczeń w wysokości rat kredytu** – jedno świadczenie w każdym miesiącu.
- Łączny limit wypłat to **48 świadczeń w wysokości rat kredytu** (w całym okresie spłaty kredytu).
- W czasie pierwszych 90 dni ubezpieczenia otrzymasz niższe świadczenie – wypłacimy Ci jednorazowo 10% raty kredytu.

- Gdy będziesz niezdolny do wykonywania pracy, wypłacimy Ci maksymalnie **12 kolejnych świadczeń w wysokości rat kredytu** – jedno świadczenie w każdym miesiącu.
- Łączny limit wypłat to **48 świadczeń w wysokości rat kredytu** (w całym okresie spłaty kredytu).
- W czasie pierwszych 90 dni ubezpieczenia otrzymasz świadczenie, jeśli niezdolność do pracy będzie konsekwencją nieszczęśliwego wypadku.

- Gdy w związku z wypadkiem będziesz w szpitalu, wypłacimy Ci maksymalnie **12 kolejnych świadczeń w wysokości rat kredytu** – jedno świadczenie w każdym miesiącu.
- Łączny limit wypłat to **48 świadczeń w wysokości rat kredytu** (w całym okresie spłaty kredytu).

Świadczenie wypłacimy **jednorazowo w wysokości sześciokrotności raty kredytu** (do 30 000 zł).

Zajrzyj do § 18 OWU i sprawdź, jakie dokumenty będą nam potrzebne. Następnie wybierz wygodny dla siebie sposób zgłoszenia:

- wyślij dokumenty:
- **mailowo** (w postaci skanów), na adres: bok@aviva.pl (w tytule dopisz: „Dział Likwidacji Szkód Osobowych”) lub
- **pocztą** na adres: Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A., Dział Likwidacji Szkód Osobowych, ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa,
- **zadzwoń** do nas: 22 563 21 28,



Czego dowiesz się z ogólnych warunków ubezpieczenia?

Zapoznaj się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia i zwróć uwagę, że pakiet składa się z dwóch umów ubezpieczenia:

- umowy zawieranej z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na podstawie OWU Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Avivą,
- umowy zawieranej z Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń Ogólnych S.A. na podstawie OWU Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Avivą.

Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia >

Na początku wyjaśnimy wszystkie terminy, którymi będziemy się posługiwać. Następnie przeczytasz, jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej i jakie warunki należy spełnić, aby móc zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia. Poznasz też wszystkie niezbędne informacje dotyczące wysokości oraz terminów opłacania składki. Sprawdzisz również:

- w jaki sposób możesz odstąpić od umowy i z czym się to wiąże,
- kiedy umowa ulega rozwiązaniu,
- w jakich sytuacjach nie jesteś objęty ochroną.

Na końcu wskażemy, komu i w jakiej wysokości wypłacimy świadczenie oraz jakie dokumenty należy przedstawić, aby je otrzymać.



Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty >

Najpierw zapoznasz się ze wszystkimi wykorzystanymi przez nas terminami. Dowiesz się też, jak możesz zostać objęty ochroną na wypadek:

- utraty pracy,
- czasowej niezdolności do pracy,
- konsekwencji nieszczęśliwego wypadku.

Następnie znajdziesz wszystkie informacje dotyczące umowy (w tym m.in.: płatności składki, rozpoczęcia i czasu trwania ochrony oraz możliwości odstąpienia). Wyjaśnimy:

- w jakich sytuacjach nie jesteś objęty ochroną,
- ile wynosi suma ubezpieczenia,
- jakie świadczenie wypłacimy w razie nieprzewidzianych zdarzeń.


Na końcu sprawdzisz, jakie dokumenty będą nam potrzebne, abyśmy mogli wypłacić świadczenie, oraz kto je otrzyma.



Spis treści

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA ŻYCIA Z AVIVĄ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (1/2021/INGHLP)

1. WPROWADZENIE	10 >
2. DEFINICJE	10 >
3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	12 >
4. KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA	12 >
5. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA	12 >
6. SPOSÓB USTALANIA I ZAPŁATY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ	13 >
7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	13 >
8. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	13 >
9. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	14 >
10. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE	14 >
11. UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA I UPOSAŻONY	15 >
12. ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ	15 >
13. REKLAMACJE	15 >
14. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH	16 >
15. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	17 >



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA SPŁATY Z AVIĄ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (ING/H/1/2020)

1. WPROWADZENIE	18 >
2. DEFINICJE	18 >
3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	21 >
4. KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA	22 >
5. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	23 >
6. SPOSÓB USTALANIA I ZAPŁATY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ	23 >
7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	23 >
8. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	23 >
9. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA	24 >
10. GENERALNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	24 >
11. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE UTRATY PRACY	24 >
12. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	25 >
13. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	26 >
14. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU UTRATY PRACY	26 >
15. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY	27 >
16. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	27 >
17. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	28 >
18. ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH	28 >
19. REKLAMACJE	29 >
20. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH	30 >
21. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	30 >



**Informacja o postanowieniach z wzorca umowy:
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia
z Avivą dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.
(1/2021/INGHLP)**

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umowy
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 2: pkt 6, pkt 12, pkt 13, pkt 17, pkt 21, pkt 32; § 3 ust. 2; § 10; § 11; § 12; z zastosowaniem pozostałych definicji zawartych w § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2: pkt 6, pkt 10, pkt 11, pkt 12, pkt 13, pkt 19, pkt 21, pkt 30, pkt 31; § 5; § 8 ust. 1; § 9; § 10; z zastosowaniem pozostałych definicji zawartych w § 2.



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA ŻYCIA
Z AVIVĄ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A.
(1/2021/INGHLP)**

**§ 1.
WPROWADZENIE**

Poniższe Ogólne Warunki Ubezpieczenia znajdują zastosowanie w indywidualnych Umowach Ubezpieczenia zawieranych przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z Ubezpieczającymi i stanowią integralną część Umów Ubezpieczenia.

**§ 2.
DEFINICJE**

Ilekoć w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie Umowy Ubezpieczenia oraz w innych oświadczeniach składanych w związku

z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub z jej wykonaniem używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- Agent Ubezpieczeniowy / Bank** – ING Bank Śląski S.A., z siedzibą w Katowicach.
- Akt Terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy, lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych.

3. **Dokument Ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy Ubezpieczenia, to jest Polisa oraz Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia.
4. **Dzień Płatności Raty Kredytu** – dzień miesiąca, wskazany w Umowie Kredytu, w którym Kredytobiorca zobowiązany jest do zapłaty raty Kredytu.
5. **Dzień Podwyższenia Salda Zadłużenia** – dzień podpisania aneksu do Umowy Kredytu, zmieniającego wysokość Salda Zadłużenia na wyższe.
6. **Dzień Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej:**
 - a. w odniesieniu do pierwszej Umowy Ubezpieczenia – jest nim dzień następnym po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu;
 - b. w odniesieniu do kontynuowanej Umowy Ubezpieczenia – jest nim dzień następnym po ostatnim dniu Okresu Ubezpieczenia poprzedniej Umowy Ubezpieczenia.
7. **Harmonogram Kredytu** – harmonogram spłaty Kredytu, stanowiący integralną część Umowy Kredytu.
8. **Kredyt** – kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny lub kredyt konsolidacyjny hipoteczny, udzielony Kredytobiorcy przez Bank na podstawie Umowy Kredytu zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku oraz pożyczka hipoteczna udzielona Kredytobiorcy na podstawie umowy pożyczki zgodnie z regulacjami bankowymi.
9. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, której Bank udzielił Kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, pod pojęciem Kredytobiorcy rozumie się również współkredytobiorcę.
10. **Limit** – maksymalna kwota Kredytu lub Kredytów udzielonych Kredytobiorcy, dla których Ubezpieczyciel zawarze Umowy Ubezpieczenia i jednocześnie maksymalna kwota odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
 - a. dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest niższy lub równy 50 lat – 1 500 000 zł (słownie: jeden milion pięćset tysięcy złotych);
 - b. dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest wyższy niż 50 lat – 600 000 zł (słownie: sześćset tysięcy złotych).

W przypadku Kredytów udzielanych w walucie obcej jest to równowartość kapitału Kredytu w złotych polskich, przeliczona wg kursu sprzedaży waluty zgodnie z Tabelą kursową, publikowaną po raz pierwszy danego dnia na stronie internetowej Banku, wg kursu z Tabeli gotówkowej, ogłoszonego w dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego.
11. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym bądź psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która zadziałała w czasie Ochrony Ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego.
12. **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z OWU w przypadku zajścia w Okresie Ubezpieczenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
13. **Okres Ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej określony w następujący sposób:
 - a. Rozpoczęcie Pierwszego Okresu Ubezpieczenia – dzień następnym po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy;
 - b. Zakończenie Pierwszego Okresu Ubezpieczenia – 31 grudnia roku następującego po roku kalendarzowym, w którym zawarto pierwszą Umowę Ubezpieczenia;
 - c. Kolejny Okres Ubezpieczenia – każdy kolejny Okres Ubezpieczenia rozpoczynający się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu Ubezpieczenia i trwający 12 miesięcy, o ile nie zostanie złożone oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia i o ile Propozycja Kontynuacji zostanie przesłana przez Ubezpieczyciela i przyjęta przez Ubezpieczonego.
14. **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Avią dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.
15. **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia.
16. **Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia** – oferta przedłożenia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela, określająca warunki kontynuowania Umowy Ubezpieczenia.
17. **Saldo Zadłużenia** – pozostała do spłaty kwota kapitału Kredytu oraz przeterminowany kapitał Kredytu w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub w dniu naliczania Składki Ubezpieczeniowej. W przypadku Kredytów udzielanych w walucie obcej jest to równowartość kapitału Kredytu w złotych polskich, przeliczona wg kursu sprzedaży waluty zgodnie z Tabelą kursową, publikowaną po raz pierwszy danego dnia na stronie internetowej Banku, wg kursu z Tabeli gotówkowej, ogłoszonego odpowiednio w dniu
 - a. płatności Składki Ubezpieczeniowej – w celu ustalenia wysokości Salda Zadłużenia będącej podstawą naliczania Składki Ubezpieczeniowej
 - b. zgonu – w celu ustalenia wysokości świadczenia z tytułu śmierci na dzień zdarzenia
 - c. zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia – w celu ustalenia wysokości Sumy Ubezpieczenia.
18. **Składka Ubezpieczeniowa** – składka miesięczna należna z tytułu Umowy Ubezpieczenia, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający.
19. **Sport Wysokiego Ryzyka** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkową wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (tj. parkour, free running, runmageddon), skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, tj.: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.

20. **Stawka Składki** – wskaźnik procentowy służący do obliczenia Składki Ubezpieczeniowej określony w Dokumencie Ubezpieczenia.
21. **Suma Ubezpieczenia** – Saldo Zadłużenia, ale nie więcej niż kwota udzielonego Kredytu i nie więcej niż Limit.
22. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia.
23. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
24. **Ubezpieczyciel** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
25. **Umowa Kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu.
26. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia na Życie Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Avivą dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A. zawierana zgodnie z OWU pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem. Wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
- pierwsza Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia (Wniosek Ubezpieczeniowy) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela;
 - kontynuowana Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela (Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego.
27. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
28. **Wiek Wstępu** – w rozumieniu niniejszych OWU za wiek Kredytobiorcy przyjmuje się różnicę pomiędzy:
- rokiem, w którym został złożony wniosek o zawarcie Umowy Kredytu, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany przy zawieraniu Umowy Kredytu; albo
 - rokiem, w którym został złożony Wniosek Ubezpieczeniowy, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w trakcie trwania Kredytu;
- a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
29. **Wniosek Ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego.
30. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym.
31. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy; lub
 - w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy; lub
 - uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków, niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych.
32. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia.

§ 3.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem Ochrony Ubezpieczeniowej w Umowie Ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie Ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego.

§ 4.

KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, czyli Ubezpieczający musi być jednocześnie osobą ubezpieczoną (Ubezpieczonym).
- Ubezpieczającym może być wyłącznie Kredytobiorca, którego Wiek Wstępu jest wyższy niż 18 lat oraz jest nie wyższy niż 65 lat, a jednocześnie którego wiek w ostatnim dniu okresu, na jaki została zawarta przez niego Umowa Kredytu, jest nie wyższy niż 75 lat. Warunki muszą być spełnione łącznie.
- Ochroną Ubezpieczeniową w ramach OWU (z ich późniejszymi zmianami) może zostać objętych nie więcej niż czterech Kredytobiorców w odniesieniu do jednej Umowy Kredytu.
- Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, gdy:
 - wartość udzielonego Kredytu oraz
 - łącznie wartość wszystkich Kredytów, dla których zawarte zostały Umowy Ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU (z ich późniejszymi zmianami) nie przekroczy kwoty Limitu.
- Ubezpieczyciel może wymagać wypełnienia ankiety medycznej lub oświadczenia o stanie zdrowia przed zawarciem pierwszej Umowy Ubezpieczenia. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub w przypadku braku spełnienia przez osobę wnioskującą o zawarcie Umowy Ubezpieczenia warunków wymienionych w § 4 OWU Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia.

§ 5.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas określony. Okres ubezpieczenia wskazany jest w Dokumencie Ubezpieczenia.
- Pierwsza Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia oferty jej zawarcia przez Ubezpieczającego oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela. Oferta składana

jest na Wniosku Ubezpieczeniowym. Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą przyjęcia Wniosku Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza Polisą.

3. Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczyciela oferty zawarcia takiej umowy (Propozycji Kontynuacji Umowy) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - a. Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy, ale nie dłużej niż do ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu.
 - b. Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu kolejną Umowę Ubezpieczenia na warunkach wskazanych w Propozycji Kontynuacji Umowy.
 - c. Propozycja Kontynuacji Umowy zostanie wysłana Ubezpieczającemu nie później niż na 30 dni przed zakończeniem danego Okresu Ubezpieczenia.
 - d. Jeżeli Ubezpieczający najpóźniej w terminie 14 dni przed upływem okresu, na jaki dana Umowa Ubezpieczenia została zawarta, nie złoży oświadczenia o nieprzyjęciu oferty Ubezpieczyciela oraz we wskazanym w Propozycji Kontynuacji terminie opłaty Składkę Ubezpieczeniową, uważa się, że kolejna Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią Propozycji Kontynuacji Umowy, która jednocześnie stanowić będzie Dokument Ubezpieczenia potwierdzający zawarcie tej Umowy Ubezpieczenia.

§ 6.

SPOSÓB USTALANIA I ZAPŁATY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki Ubezpieczeniowej za pośrednictwem Agenta Ubezpieczeniowego. Za dzień opłacenia Składki Ubezpieczeniowej uznaje się dzień, w którym Składka Ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie przekazana Agentowi.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty pierwszej Składki Ubezpieczeniowej odpowiednio:
 - a. w dniu określonym w Umowie Kredytu jako Dzień Płatności Raty Kredytu, przypadającym bezpośrednio po dniu uruchomienia Kredytu bądź jego pierwszej transzy;albo
 - b. w terminie płatności raty Kredytu z wymagalnością przypadającą według Harmonogramu Kredytu bezpośrednio po dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w trakcie trwania Kredytu.
3. Kolejne Składki Ubezpieczeniowe płatne są miesięcznie w terminie przewidzianym dla płatności raty Kredytu, według Harmonogramu Kredytu.
4. W przypadku braku zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w wymaganym terminie albo zapłaty w niepełnej wysokości Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczając Ubezpieczającemu dodatkowy termin 7 dni kalendarzowych na zapłacenie Składki Ubezpieczeniowej, informując jednocześnie Ubezpieczającego, że brak zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie będzie rów-

noznaczny z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia.

5. Wysokość miesięcznej Składki Ubezpieczeniowej stanowi iloczyn Stawki Składki wskazanej w Dokumencie Ubezpieczenia obowiązującej w Okresie Ubezpieczenia oraz bieżącego Salda Zadłużenia w dniu Płatności Raty Kredytu przypadającym w danym miesiącu kalendarzowym.
6. Wysokość Stawki Składki jest zależna od Wieku Ubezpieczającego.
7. Ubezpieczający opłaca pierwszą składkę należną w Kolejnym Okresie Ubezpieczenia w terminie i wysokości wskazanej w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia.

§ 7.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli jednak najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
3. Odstąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy Kredytu oznacza jednocześnie odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Kredytu.

§ 8.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń nastąpi wcześniej:
 - a. z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - b. z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu;
 - c. z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia;
 - d. z upływem okresu, na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta, z zastrzeżeniem § 5 ust. 3;
 - e. z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia;
 - f. z dniem bezskutecznego upływu terminu dodatkowego 7 dni na zapłatę Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczonego Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania.
3. Z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia wygasa Ochrona Ubezpieczeniowa.

§ 9.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego będzie następstwem:
 - a. świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w Akcie Terroryzmu;
 - b. działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek;
 - c. udziału w misjach wojskowych lub stabilizacyjnych;
 - d. świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt. a. i b. aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych (za wyjątkiem przypadków wskazanych w pkt k.), ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - e. samobójstwa Ubezpieczonego lub próby samobójstwa w ciągu 2 (dwóch) lat od Rozpoczęcia Pierwszego Okresu Ubezpieczenia;
 - f. uprawiania przez Ubezpieczonego Sportu Wysokiego Ryzyka lub Wyczynowego Uprawiania Sportu lub Zawodowego Uprawiania Sportu;
 - g. wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonych przez ustawę – Prawo lotnicze;
 - h. spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, niezaleczonego przez lekarza zażycia narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) lub na skutek nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i innych środków działających na centralny układ nerwowy, o których mowa powyżej;
 - i. popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - j. wykonywania pracy na wysokości od 15 m (piętnastu metrów) wzwyż, pracy na morzu, pracy pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, pracy na platformach wiertniczych, pracy na rzecz wszelkich rodzajów górskiego pogotowia ratunkowego;
 - k. wykonywania pracy jako:
 - i. żołnierz zawodowy, strażak, saper, pirotechnik, pracownik ochrony z bronią, nurek,
 - ii. kaskader, artysta cyrkowy, akrobata,
 - iii. pracownik służb ratowniczych, funkcjonariusz służb antyterrorystycznych, funkcjonariusz sił specjalnych wojska, policji i straży granicznej;
 - l. wykonywania pracy, w której Ubezpieczony jest narażony na oddziaływanie materiałów wybuchowych, chemicznych, toksycznych, radioaktywnych i rakotwórczych.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie 3 (trzech) lat od dnia zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone, jeżeli śmierć Ubezpieczonego będzie następstwem chorób Ubezpieczonego

rozpoznanych, leczonych lub diagnozowanych w okresie 3 (trzech) lat poprzedzających zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia. Ograniczenia tego nie stosuje się do osób, które na życzenie Ubezpieczyciela wypełniły ankietę medyczną lub złożyły oświadczenie o stanie zdrowia i zawarły Umowę Ubezpieczenia.

3. W okresie pierwszych 3 (trzech) lat od dnia zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytał przed zawarciem pierwszej Umowy Ubezpieczenia, a które Ubezpieczony zataił lub podał do jego wiadomości niezgodnie z prawdą.

§ 10.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego jest równa Sumie Ubezpieczenia.
2. Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równa Saldu Zadłużenia z dnia śmierci, ale nie więcej niż kwota udzielonego Kredytu i nie więcej niż Limit, z zastrzeżeniem poniższych ustępów.
3. Dla osób zawierających pierwszą Umowę Ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy Kredytowej, przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek jest równa 12-krotności raty Kredytu przypadającej do spłaty według Harmonogramu Kredytu bezpośrednio po dacie zgonu, ale nie więcej niż Saldo Zadłużenia.
4. Dla Kredytobiorców objętych już Ochroną Ubezpieczeniową podwyższających Saldo Zadłużenia w trakcie trwania Umowy Kredytowej, do której zawarto Umowę Ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU, przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Podwyższenia Salda Zadłużenia Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek jest równa Saldu Zadłużenia zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed Dniem Podwyższenia Salda Zadłużenia.
5. Dla Kredytobiorców objętych już Ochroną Ubezpieczeniową, podwyższających Saldo Zadłużenia w trakcie trwania Umowy Kredytowej, do której zawarto Umowę Ubezpieczenia w ramach niniejszych OWU, w przypadku ich śmierci w okresie 3 (trzech) lat od Dnia Podwyższenia Salda Zadłużenia, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem chorób Ubezpieczonego rozpoznanych, leczonych lub diagnozowanych w okresie 3 (trzech) lat poprzedzających Dzień Podwyższenia Salda Zadłużenia, zostanie wypłacone w wysokości Salda Zadłużenia wynikającego z Harmonogramu Kredytu obowiązującego bezpośrednio przed Dniem Podwyższenia Salda Zadłużenia. Ograniczenia tego nie stosuje się do osób, które na wniosek Ubezpieczyciela wypełniły ankietę medyczną w Dniu Podwyższenia Salda Zadłużenia.
6. W okresie pomiędzy rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Kredytu a końcem miesiąca, w którym to zdarzenie nastąpiło, Suma Ubezpieczenia jest równa 20% Salda Zadłużenia z dnia płatności Składki Ubezpieczeniowej przypadającego bezpośrednio przed rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Kredytu.

§ 11.

UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA I UPOSAŻONY

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony w częściach określonych przez Ubezpieczonego.
 2. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić Uposażonych, określić lub zmienić ich udziały w świadczeniu w każdym czasie trwania Umowy Ubezpieczenia.
 3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, uważa się, że te udziały są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
 4. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony nie żyje albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym.
 5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
 6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w walucie polskiej przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania świadczenia lub w inny sposób ustalony z tą osobą.
- e. kopię karty zgonu, postanowienie prokuratora lub dokumentację medyczną zawierającą informację o przyczynie zgonu;
 - f. kopię dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, w przypadku, gdy dokument taki został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji, gdy śmierć została spowodowana przyczyną inną niż choroba somatyczna;
 - g. kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie.
4. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 5. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 6, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia lub powiadomienia Ubezpieczonego lub innej osoby występującej z roszczeniem o odmowie wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.
 6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 5, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 5.

§ 12.

ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego objętego Ochroną Ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia Ubezpieczyciel informuje o tym uprawnionych do otrzymania świadczenia oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego tego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego należy dostarczyć:
 - a. wniosek o wypłatę świadczenia;
 - b. kopię Wniosku Ubezpieczeniowego, jeżeli będzie to konieczne;
 - c. Harmonogram Kredytu oraz informację z banku o wysokości Salda Zadłużenia;
 - d. odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego albo odpis sądowego postanowienia stwierdzającego

zgon albo odpis sądowego postanowienia o uznaniu za zmarłego, albo kserokopię zaświadczenia potwierdzającego zgon, sporządzonego na formularzu obowiązującym w państwie, w którym miało miejsce Zdarzenie Ubezpieczeniowe, lub na formularzu określonym przez Ubezpieczyciela, wypełnionego przez lekarza stwierdzającego zgon, ze wskazaniem przyczyny zgonu;

- e. kopię karty zgonu, postanowienie prokuratora lub dokumentację medyczną zawierającą informację o przyczynie zgonu;
 - f. kopię dokumentu z policji lub prokuratury potwierdzającego zajście i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, w przypadku, gdy dokument taki został sporządzony, lub inne dokumenty potwierdzające zajście nieszczęśliwego wypadku, w sytuacji, gdy śmierć została spowodowana przyczyną inną niż choroba somatyczna;
 - g. kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby zgłaszającej roszczenie.
4. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 5. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 6, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia lub powiadomienia Ubezpieczonego lub innej osoby występującej z roszczeniem o odmowie wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.
 6. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 5, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 5.

§ 13.

REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Ubezpieczyciela albo Agenta Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, w których zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - a. w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Ubezpieczyciela albo Agenta Ubezpieczeniowego lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe);
 - b. ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela albo Agenta Ubezpieczeniowego lub jego jednostce;

- c. w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia umożliwi Ubezpieczycielowi rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
 5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela albo w siedzibie lub jednostce Agenta Ubezpieczeniowego, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
 6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Ubezpieczyciel powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
 7. Ubezpieczyciel rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
 8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Ubezpieczyciel wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
 9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Ubezpieczyciela dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
 10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub Uprawnionym z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
 11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumentów.
 12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11, regulują właściwe przepisy.
 13. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
 14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 14.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. jest administratorem danych gromadzonych w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia na życie.
2. Dane Ubezpieczonych są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Dane Ubezpieczających są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, oraz w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
4. Dane osób uprawnionych do otrzymania świadczenia są przetwarzane na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest wykonanie Umowy Ubezpieczenia.
5. Dane potencjalnych klientów są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
6. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe klientów Ubezpieczyciela mogą zostać przekazane następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom w zakresie i celu wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia, Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
7. Dane osobowe zbiera od osoby, której dotyczą, poprzez formularze wniosków ubezpieczeniowych, formularze zmiany danych, formularze zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty związane z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia.
8. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe Ubezpieczonych mogą zostać uzyskane od: innych ubezpieczycieli, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
9. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia umowy ubezpieczenia i przedawnienia roszczeń wynikających z tej umowy, a następnie przez okres 5 lat, wynikający z przepisów ustawy o rachunkowości.
10. Dane osobowe będą udostępniane innym podmiotom z Grupy Aviva w celach marketingowych tylko w przypadku udzielenia takiej zgody.
11. Przez Grupę Aviva rozumiemy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. i jednostki powiązane z nią w rozu-

mieniu przepisów o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.

12. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do uzyskania informacji o treści przetwarzanych danych oraz prawo ich poprawiania i usunięcia, o ile jest to zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, lub też ograniczenia ich przetwarzania w celach marketingowych poprzez kontakt telefoniczny lub mailowy wskazany na stronie internetowej www.aviva.pl.

§ 15.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat. Szczegółowe zasady przedawnienia określają przepisy Kodeksu Cywilnego.
4. Do świadczeń wypłacanych przez Ubezpieczyciela zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w tym w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 oraz jej kolejne nowelizacje.
5. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zobowiązani są informować siebie nawzajem o wszelkich zmianach swojego adresu do korespondencji.
6. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
7. Na warunkach uzgodnionych z Ubezpieczycielem wnioski, dyspozycje, powiadomienia i inne oświadczenia związane z Umową Ubezpieczenia mogą być składane w formie pisemnej, elektronicznej lub telefonicznej.
8. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Uzyskane poza terytorium Polski dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
9. Pisma Ubezpieczyciela są kierowane na ostatni znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
10. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 3 marca 2021 roku i wchodzi w życie w dniu 15 marca 2021 roku.

Informacja o postanowieniach z wzorca umowy
(na podstawie artykułu 17 ustawy o działalności ubezpieczeniowej
i reasekuracyjnej): Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczny Kredyt –
Ochrona Spłaty z Avivą dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych
ING Banku Śląskiego S.A. (ING/H/1/2020)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umowy
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 3; § 9; § 14 ust. 7-8; § 15 ust. 7-8; § 16 ust. 6-7; § 18 ust. 1, 3, 6-9 i ust. 11-12; z zastosowaniem definicji zawartych w § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 33); § 9 ust. 2-7; § 10-13; § 14 ust. 1-4 i 9-10; § 15 ust. 1-4 i 9-10; § 16 ust. 1-3 i 8-9; § 17 ust. 1-3; § 18 ust.10 z zastosowaniem definicji zawartych w § 2.



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA SPŁATY Z AVIVĄ
DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A.
(ING/H/1/2020)

§ 1.
WPROWADZENIE

Poniższe Ogólne Warunki Ubezpieczenia znajdują zastosowanie w indywidualnych Umowach Ubezpieczenia zawieranych przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna z Kredytobiorcami kredytu hipotecznego Banku ING S.A. i stanowią integralną część Umów Ubezpieczenia.

§ 2.
DEFINICJE

Ilekoć w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Wniosku Ubezpieczeniowym i Dokumencie ubezpieczenia

oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **Agent Ubezpieczeniowy/Bank** – ING Bank Śląski S.A. z siedzibą w Katowicach;
- 2) **Aktywność Zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, doradztwa, pełnienia funkcji w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, działalności gospodar-

czej, w tym prowadzonej wraz z innymi osobami, działalności wytwórczej w rolnictwie; za aktywność zarobkową, w rozumieniu OWU, nie jest uważana sprzedaż rzeczy stawniających osobisty majątek;

- 3) **Choroba** – jakiegokolwiek stan patologiczny lub stan zaburzonego funkcjonowania organów ciała, powstały z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek, który został zdiagnozowany u Ubezpieczonego w placówce medycznej i potwierdzony w dokumentacji medycznej;
- 4) **Czasowa Niezdolność do Pracy** – brak zdolności do wykonywania Aktywności Zarobkowej przez Ubezpieczonego, trwający w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 30 dni kalendarzowych, potwierdzony zaświadczeniem lekarskim wystawionym na druku obowiązującym zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) **Dokument Ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy Ubezpieczenia, to jest Polisa oraz Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia;
- 6) **Dzień Płatności Raty Kredytu** – dzień miesiąca, wskazany w Umowie Kredytu, w którym Kredytobiorca zobowiązany jest do zapłaty Raty Kredytu;
- 7) **Dzień Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej:**
 - a) w odniesieniu do pierwszej Umowy Ubezpieczenia – dzień następujący po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, ale nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu,
 - b) w odniesieniu do kontynuowanej Umowy Ubezpieczenia – dzień następujący po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia poprzedniej Umowy Ubezpieczenia.
- 8) **Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego:**
 - a) w odniesieniu do Utraty Pracy – odpowiednio dzień rozwiązania/wygaśnięcia Umowy o pracę lub stosunku służbowego, lub kontraktu menedżerskiego albo dzień wyrejestrowania działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 584 ze zm.) lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wnioski o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego;
 - b) w odniesieniu do Czasowej Niezdolności do Pracy – pierwszy dzień Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, wskazany w zaświadczeniu lekarskim zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
 - c) w odniesieniu do Pobytu w szpitalu – pierwszy dzień pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - d) w odniesieniu do Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, dzień śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wskazany w akcie zgonu;
- 9) **Harmonogram Kredytu** – harmonogram spłat Kredytu, stanowiący integralną część Umowy Kredytu;
- 10) **Kontrakt menedżerski** – umowa cywilnoprawna, której przedmiotem jest stałe, osobiste wykonywanie przez osobę fizyczną czynności zarządu przedsiębiorstwem zleconym przez (przedsiębiorcy) w jego imieniu i na jego rzecz, za wynagrodzeniem;

11) **Kredyt** – kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny lub kredyt konsolidacyjny hipoteczny, udzielony Kredytobiorcy przez Bank na podstawie Umowy kredytu zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku oraz pożyczka hipoteczna udzielona Kredytobiorcy na podstawie umowy pożyczki zgodnie z regulacjami bankowymi;

12) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, której Bank udzielił Kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom pod pojęciem Kredytobiorcy rozumie się również współkredytobiorcę;

13) **Limit** – maksymalna kwota Kredytu lub Kredytów udzielonych Kredytobiorcy, dla których Ubezpieczyciel zawarł Umowę Ubezpieczenia:

- a) dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest niższy lub równy 50 lat – 1 500 000 zł (jeden milion pięćset tysięcy złotych);
- b) dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest wyższy niż 50 lat – 600 000 zł (sześćset tysięcy złotych);

w przypadku Kredytów udzielanych w walucie obcej jest to równowartość kapitału Kredytu w złotych polskich, przeliczona wg kursu sprzedaży waluty zgodnie z Tabelą kursową, publikowaną po raz pierwszy danego dnia na stronie internetowej Banku, wg kursu z Tabeli gotówkowej, ogłoszonego w dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego;

14) **Nieszczęśliwy Wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli Ubezpieczonego; za przyczynę zewnętrzną nie uznaje się Choroby;

15) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z OWU w przypadku zajścia w Okresie Ubezpieczenia Zdarzenia Ubezpieczeniowego;

16) **Okres Ubezpieczenia** – okres udzielania przez Ubezpieczyciela na warunkach wskazanych w OWU Ochrony Ubezpieczeniowej, określony w następujący sposób:

- a) rozpoczęcie pierwszego Okresu Ubezpieczenia – dzień następujący po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dzień uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy,
- b) zakończenie pierwszego Okresu Ubezpieczenia – 31 grudnia roku następującego po roku kalendarzowym, w którym zawarto pierwszą Umowę Ubezpieczenia,
- c) kolejny Okres Ubezpieczenia – każdy kolejny Okres Ubezpieczenia rozpoczynający się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu ubezpieczenia i trwający 12 miesięcy, o ile nie zostanie złożone oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia, i o ile Propozycja Kontynuacji zostanie przesłana przez Ubezpieczyciela i przyjęta przez Ubezpieczonego;

17) **Osoba Bliska** – małżonek Ubezpieczonego, wstępni, zstępni, pasierbowie, dzieci przysposobione lub przyjęte na wychowanie, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, synowie, zięciowie, osoby pozostające w konkubinacie;

18) **OWU** – niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Avivą dla Kredytobiorców kredytu hipotecznego ING Banku Śląskiego S.A.;

19) **Pobyt w Szpitalu** – pobyt w szpitalu, spowodowany leczeniem następstw nieszczęśliwego wypadku, trwający nie-



- przerwanie co najmniej 14 dni; dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, przy czym pierwszym dniem pobytu jest dzień rejestracji, a ostatnim – dzień wypisu ze szpitala;
- 20) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
- 21) **Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia** – oferta przedłużenia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela, określająca warunki kontynuowania Umowy Ubezpieczenia;
- 22) **Przyczyny ekonomiczne** – uwarunkowania gospodarcze, dla których w danym momencie prowadzenia działalności firma znalazła się w trudnej sytuacji finansowej tj.:
- w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego firma Ubezpieczonego ponosiła stratę, albo
 - Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie działalności firmy Ubezpieczonego, albo
 - pracodawca rozwiązał z Ubezpieczonym umowę cywilno-prawną, w ramach której Ubezpieczony wykonywał działalność swojej firmy;
- 23) **Rata Kredytu** – wynikające z Harmonogramu Kredytu miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu, obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczone od nieprzetworzonej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki;
- 24) **Saldo Zadłużenia** – pozostała do spłaty kwota kapitału Kredytu oraz przeterminowany kapitał Kredytu w dniu naliczania Składki Ubezpieczeniowej; nie większa niż kwota Limitu. W przypadku Kredytów udzielanych w walucie obcej jest to równowartość kapitału Kredytu w złotych polskich, przeliczona wg kursu sprzedaży waluty zgodnie z Tabelą kursową, publikowaną po raz pierwszy danego dnia na stronie internetowej Banku, wg kursu z Tabeli gotówkowej, ogłoszonego odpowiednio w dniu płatności Składki Ubezpieczeniowej – w celu ustalenia wysokości Salda Zadłużenia, będącej podstawą naliczania Składki Ubezpieczeniowej;
- 25) **Składka Ubezpieczeniowa** – składka miesięczna należna z tytułu Umowy Ubezpieczenia, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający;
- 26) **Sport wysokiego ryzyka** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie sploty wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarsstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 27) **Stan po użyciu alkoholu** – stan powstały w wyniku wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego stężenie we krwi wynosi powyżej 0,2‰ albo w wydychanym powietrzu wynosi powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 28) **Stan po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego** – stan po wprowadzeniu do organizmu środka odurzającego, substancji psychotropowej, środka zastępczego lub nowych substancji psychoaktywnych, w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi podania;
- 29) **Status Bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę zarejestrowaną jako bezrobotna w polskim właściwym powiatowym urzędzie pracy zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy; przyjmuje się, że dniem uzyskania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego jest pierwszy dzień okresu, w którym został on uznany za bezrobotnego zgodnie z decyzją polskiego powiatowego urzędu pracy;
- 30) **Stawka Składki** – wskaźnik procentowy służący do obliczenia Składki Ubezpieczeniowej określony w Dokumentie Ubezpieczenia;
- 31) **Stosunek służbowy** – zatrudnienie na podstawie powołania, wyboru lub mianowania, uregulowane obowiązującymi przepisami prawa polskiego w tym zakresie;
- 32) **Suma Ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego ustalana na warunkach określonych w OWU;
- 33) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej świadczący przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia, w tym leczenia chirurgicznego; W rozumieniu niniejszych OWU Szpitalem nie jest dom opieki dla przewlekłe chorych, hospicjum – także onkologiczne, ośrodek leczenia uzależnień polekowych, alkoholowych lub narkotykowych, zakład lecznictwa uzdrowiskowego, jak też oddział, ośrodek lub szpital rehabilitacyjny;
- 34) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia;
- 35) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego utrata stałego źródła dochodów lub życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia; Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym;
- 36) **Ubezpieczyciel** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
- 37) **Umowa Kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu, określająca wysokość oraz warunki spłaty Kredytu;
- 38) **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Bezpieczny Kredyt z Avivą – Ochrona Spłaty dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A., zawierana zgodnie z OWU pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem; Wyróżnia się następujące rodzaje tych umów:
- pierwsza Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia (Wniosek Ubezpieczeniowy) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela;
 - kontynuowana Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela (Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego;

- 39) **Umowa o pracę** – umowa o pracę w rozumieniu ustawy Kodeks pracy, zawarta na czas określony lub nieokreślony;
- 40) **Uprawniony do Świadczenia** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy Ubezpieczenia tj. Ubezpieczony, Uposażony albo osoba, na rzecz której Ubezpieczony dokonał przelewu przysługującego prawa do otrzymania świadczenia;
- 41) **Utrata Pracy** – zdarzenie polegające na mającym miejsce w okresie Ochrony Ubezpieczającego:
- w przypadku osób fizycznych świadczących pracę na podstawie Umowy o pracę lub na podstawie stosunku służbowego, rozwiązaniu Umowy o pracę z powodu wypowiedzenia Umowy o pracę przez pracodawcę, rozwiązaniu Umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika, w tym również stosunku służby, rozwiązaniu Umowy o pracę na skutek wypowiedzenia przez pracownika w trybie art. 55 Kodeksu Pracy, wygaśnięciu Umowy o pracę wskutek śmierci pracodawcy Ubezpieczonego oraz wskutek rozwiązania Umowę o pracę lub stosunku służbowego za porozumieniem stron z inicjatywy pracodawcy z przyczyn niedotyczących pracownika (w tym zwolnienia grupowe), odwołaniu ze stanowiska lub funkcji w ramach stosunku służbowego, z wyłączeniem sytuacji, kiedy odwołanie następuje na wniosek Ubezpieczonego;
 - w przypadku osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą (Utrata stałego źródła dochodu) – spowodowanemu Przyczynami ekonomicznymi zaprzestaniu prowadzenia i wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej (t.j. Dz. U. z 2015 r., poz. 584 ze zm.) lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, przy czym złożenie wniosku o ogłoszenie upadłości nastąpiło w Okresie Ubezpieczenia,
 - w przypadku osób fizycznych świadczących pracę (usługi) na podstawie kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie tego kontraktu przez dającego zlecenie lub wskutek rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem z inicjatywy pracodawcy;
- w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał w tym okresie Status Bezrobotnego i który to status trwa w Okresie Ubezpieczenia nieprzerwanie przynajmniej trzydzieści dni;
- 42) **Wiek Wstępu** – w rozumieniu niniejszych OWU za wiek Kredytobiorcy przyjmuje się różnicę pomiędzy:
- rokiem, w którym został złożony wniosek o zawarcie Umowy Kredytu, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany przy zawieraniu Umowy Kredytu, albo
 - rokiem, w którym został złożony Wniosek Ubezpieczeniowy, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w trakcie trwania Kredytu,
- a rokiem urodzenia Kredytobiorcy;
- 43) **Wniosek Ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego;
- 44) **Wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 45) **Zaburzenia psychiczne** – zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym odbiegające od norm zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego, wskazane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części F00-F99;
- 46) **Zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy, lub
 - uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- 47) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie powstałe w Okresie Ubezpieczenia, objęte zakresem Ochrony Ubezpieczeniowej określonym w Umowie Ubezpieczenia odpowiednio:
- Utrata Pracy przez Ubezpieczonego, Czasowa Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego lub Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, albo
 - Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 3.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem Umowy Ubezpieczenia są:
 - utrata stałego źródła dochodów – w przypadku udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Utraty Pracy zgodnie z ust. 4,
 - zdrowie – w przypadku udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Czasowej Niezdolności do Pracy zgodnie z ust. 4 oraz w zakresie Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zgodnie z ust. 5,
 - życie – w przypadku udzielania Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zgodnie z ust. 4 i 5.
- Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej zależy od tego, z jakiego tytułu Ubezpieczony uzyskuje stały dochód na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, i jest weryfikowany w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
- Z zastrzeżeniem ust. 4 i 5, zakres Ochrony Ubezpieczeniowej obejmuje:

- 1) Utratę Pracy;
 - 2) Czasową Niezdolność do Pracy;
 - 3) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - 4) Zgon wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Ochroną w zakresie Utraty Pracy, Czasowej Niezdolności do Pracy oraz Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku może zostać objęty Kredytobiorca, który spełnia odpowiednio następujące warunki:
- 1) uzyskuje dochody z tytułu Umowy o Pracę, Stosunku służbowego albo Kontraktu menedżerskiego albo prowadzenia jednoosobowej pozarolniczej działalności gospodarczej,
 - 2) na dzień złożenia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku pracy, Stosunku służbowego lub Kontraktu menedżerskiego, lub
 - 3) przez ostatnie 12 miesięcy przed złożeniem Wniosku Ubezpieczeniowego nie posiadał Statusu Bezrobotnego, lub
- 4) przez ostatnie 6 miesięcy przed złożeniem Wniosku Ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził pozarolniczą działalność gospodarczą i nie został w tym czasie złożony wniosek o wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub wniosek o ogłoszenie upadłości,
 - 5) nie posiada prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy ustalonego przez właściwy organ rentowy.
5. Ochroną w zakresie Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostają objęci Kredytobiorcy, którzy odpowiednio na dzień złożenia wniosku o udzielenie przez Bank Kredytu albo na dzień złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego – w sytuacji, gdy złożenie Wniosku Ubezpieczeniowego następuje po dacie uruchomienia Kredytu – nie spełniają warunków wymienionych w ust. 4 albo w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przestali spełniać którykolwiek z warunków wymienionych w ust. 4 pkt 1) i 5), z dniem następnym po dniu w którym przestali spełniać którykolwiek z tych warunków.

Załącznik nr 1

Tabela obrazująca przysługujący zakres ochrony z uwzględnieniem źródła uzyskiwanych przez Ubezpieczonego stałych dochodów

Podstawa uzyskiwania stałego dochodu	Przysługujący zakres ochrony			
	Utrata Pracy	Czasowa Niezdolność do Pracy	Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Zgon wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
Osoby zatrudnione na podstawie Umowy o pracę	TAK	TAK		TAK
Osoby zatrudnione na podstawie Stosunku służbowego	TAK	TAK		TAK
Osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą	TAK	TAK		TAK
Osoby fizyczne świadczące pracę (usługi) na podstawie Kontraktu menedżerskiego	TAK	TAK		TAK
Osoby, które nie spełniają albo w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przestali spełniać którykolwiek z warunków wymienionych w §3 ust. 4 albo w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przestali spełniać którykolwiek z warunków wymienionych w §3 ust. 4 pkt 1) i 5).			TAK	TAK

§ 4.

KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia wyłączenie na własny rachunek, czyli Ubezpieczający musi być jednocześnie osobą ubezpieczoną (Ubezpieczonym).
2. Ubezpieczającym może być wyłącznie Kredytobiorca, którego Wiek Wstępu jest wyższy niż 18 lat oraz jest nie wyższy niż 65 lat, a jednocześnie którego wiek w ostatnim dniu okresu, na jaki została zawarta przez niego Umowa Kredytu, będzie nie wyższy niż 75 lat. Warunki muszą być spełnione łącznie.
3. Ochroną Ubezpieczeniową na podstawie OWU (z ich późniejszymi zmianami) może zostać objętych nie więcej niż czterech Kredytobiorców w odniesieniu do jednej Umowy Kredytu.
4. Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, gdy:
 - a) wartość udzielonego Kredytu, oraz
 - b) łącznie wartość wszystkich Kredytów, dla których zawarte zostały umowy ubezpieczenia na podstawie OWU (z ich późniejszymi zmianami), nie przekroczy Limitu.

§ 5.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas określony. Okres ubezpieczenia wskazany jest w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Pierwsza Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia oferty jej zawarcia przez Ubezpieczającego oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela. Oferta składana jest na Wniosku Ubezpieczeniowym. Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą przyjęcia Wniosku Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza Polisą.
3. Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczyciela oferty zawarcia takiej umowy (Propozycji Kontynuacji Umowy) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - a) Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na okres 12 miesięcy, ale nie dłużej niż do ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu,
 - b) Ubezpieczyciel może zaproponować Ubezpieczającemu kolejną Umowę Ubezpieczenia na warunkach wskazanych w Propozycji Kontynuacji Umowy,
 - c) Propozycja Kontynuacji Umowy zostanie wysłana Ubezpieczającemu nie później niż na 30 dni przed zakończeniem danego Okresu Ubezpieczenia,
 - d) Jeżeli Ubezpieczający najpóźniej w terminie 14 dni przed upływem okresu, na jaki dana Umowa Ubezpieczenia została zawarta, nie złoży oświadczenia o nieprzyjęciu oferty Ubezpieczyciela oraz we wskazanym w Propozycji Kontynuacji terminie opłaci Składkę Ubezpieczeniową, uważa się, że kolejna Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią Propozycji Kontynuacji Umowy, która jednocześnie stanowić będzie dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie tej Umowy Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel przed zawarciem pierwszej Umowy Ubezpieczenia może wymagać wypełnienia ankiety medycznej lub oświadczenia o stanie zdrowia. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub w przypadku braku spełnienia przez osobę wnioskującą o zawarcie Umowy Ubezpieczenia warunków wymienionych w § 4 OWU Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia.

§ 6.

SPOSÓB USTALANIA I ZAPŁATY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki Ubezpieczeniowej za pośrednictwem Agenta Ubezpieczeniowego. Za dzień opłacenia Składki Ubezpieczeniowej uznaje się dzień, w którym Składka Ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie przekazana Agentowi.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty pierwszej Składki Ubezpieczeniowej odpowiednio:
 - a) w dniu określonym w Umowie Kredytu jako Dzień Płatności Raty Kredytu, przypadającym bezpośrednio po dniu uruchomienia Kredytu bądź jego pierwszej transzy, albo
 - b) w terminie płatności Raty Kredytu z wymagalnością przypadającą według Harmonogramu Kredytu bez-

pośrednio po dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w trakcie trwania Kredytu.

3. Kolejne Składki Ubezpieczeniowe płatne są miesięcznie w terminie przewidzianym dla płatności Raty Kredytu, według Harmonogramu Kredytu.
4. W przypadku braku zapłaty w wymaganym terminie Składki Ubezpieczeniowej albo zapłaty w niepełnej wysokości Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczając Ubezpieczającemu dodatkowy termin 7 dni kalendarzowych na zapłacenie Składki Ubezpieczeniowej, informując jednocześnie Ubezpieczającego, że brak zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie będzie równoznaczny z wypowiedzeniem Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia.
5. Wysokość miesięcznej Składki Ubezpieczeniowej wskazanej w Dokumencie Ubezpieczenia stanowi iloczyn Stawki Składki obowiązującej w Okresie Ubezpieczenia oraz bieżącego Salda Żadłużenia w dniu obliczenia Raty Kredytu, której termin płatności przypada w danym miesiącu kalendarzowym.
6. Wysokość Stawki Składki jest zależna od wieku Ubezpieczającego.
7. Ubezpieczający opłaca pierwszą składkę należną w Kolejnym Okresie Ubezpieczenia w terminie i wysokości wskazanej w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia, a kolejne Składki miesięcznie w terminie przewidzianym dla płatności Raty Kredytu, według Harmonogramu Kredytu.

§ 7.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli jednak najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust.1, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
3. Odstąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy Kredytu oznacza jednocześnie odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Kredytu.

§ 8.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń nastąpi wcześniej:
 - a) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu,
 - c) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia,



- d) z upływem okresu, na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta, z zastrzeżeniem § 5 ust. 2-3,
 - e) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia,
 - f) z dniem bezskutecznego upływu terminu dodatkowego 7 dni na zapłatę Składki Ubezpieceniowej, wyznaczonego Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania.
 3. Z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia wygasa Ochrona Ubezpieceniowa.

§ 9.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Ochrona Ubezpieceniowa przysługuje Ubezpieczonemu od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieceniowej i trwa do końca Okresu Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 8 oraz ust. 2-7 poniżej.
2. Ochrona Ubezpieceniowa w zakresie Utraty Pracy w okresie pierwszych 90 dni, liczonych od dnia oznaczającego początek Okresu Ubezpieczenia w przypadku pierwszej Umowy ubezpieczenia, świadczona jest zgodnie z § 14 ust. 4.
3. Ochrona Ubezpieceniowa z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy w okresie pierwszych 90 dni, liczonych od dnia oznaczającego początek Okresu Ubezpieczenia w przypadku pierwszej Umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do Zdarzeń Ubezpieceniowych powstałych wyłącznie wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
4. Ochrona Ubezpieceniowa z tytułu Utraty Pracy kończy się odpowiednio:
 - 1) z dniem, ustalenia przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, lub
 - 2) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, lub
 - 3) z dniem wyczerpania się limitu świadczeń zgodnie z § 14 ust. 2,w zależności od tego, które z powyższych zdarzeń nastąpi wcześniej.
5. Ochrona Ubezpieceniowa z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy kończy się odpowiednio:
 - 1) z dniem ustalenia przez właściwy organ rentowy prawa Ubezpieczonego do emerytury albo renty z tytułu niezdolności do pracy, lub
 - 2) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, lub
 - 3) z dniem wyczerpania się limitu świadczeń zgodnie z § 15 ust. 2,w zależności od tego, które z powyższych zdarzeń nastąpi wcześniej.
6. Ochrona Ubezpieceniowa z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku kończy się odpowiednio:
 - 1) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia
 - 2) lub z dniem wyczerpania się limitu świadczeń zgodnie z § 16 ust. 2,w zależności od tego, które z powyższych zdarzeń nastąpi wcześniej.
7. Ochrona Ubezpieceniowa z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku kończy się odpowiednio:
 - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego, lub

- 2) z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia, w zależności od tego, które z powyższych zdarzeń nastąpi wcześniej.

§ 10.

GENERALNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie następstwem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub strajkach,
- 2) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w innych niż wskazane w pkt. 1 aktach przemocy, chyba że udział Ubezpieczonego w tych aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 3) wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia,
- 4) uprawiania przez Ubezpieczonego Sportu Wysokiego Ryzyka lub Wyczynowego Uprawiania Sportu lub Zawodowego Uprawiania Sportu,
- 5) wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę Prawo lotnicze,
- 6) przebywania przez Ubezpieczonego w tanie po użyciu alkoholu,
- 7) przebywania przez Ubezpieczonego w tanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie wymienionych środków było zalecane przez lekarza lub inną osobę uprawnioną w świetle obowiązujących przepisów prawa,
- 8) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 9) wykonywania pracy na wysokości od 15 m (piętnastu metrów) wżwyż, pracy na morzu, pracy pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, pracy na platformach wiertniczych, pracy na rzecz wszelkich rodzajów górskiego pogotowia ratunkowego,
- 10) wykonywania pracy jako:
 - a) żołnierz zawodowy, strażak, saper, pirotechnik, pracownik ochrony z bronią, nurek,
 - b) kaskader, artysta cyrkowy, akrobata,
 - c) pracownik służb ratowniczych, funkcjonariusz służb antyterrorystycznych, funkcjonariusz sił specjalnych wojska, policji i straży granicznej,
- 11) wykonywania pracy, w której Ubezpieczony jest narażony na oddziaływanie materiałów wybuchowych, chemicznych, toksycznych, radioaktywnych i rakotwórczych.

§ 11.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE UTRATY PRACY

1. Z tytułu Utraty Pracy Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
 - 1) upływu czasu, na jaki Umowa o pracę lub Stosunek służbowy lub Kontrakt menedżerski zostały zawarte,

- 2) rozwiązania Umowy o pracę, Stosunku służbowego lub Kontraktu menedżerskiego przed dniem rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia,
 - 3) rozwiązania Umowy o pracę, Stosunku służbowego lub Kontraktu menedżerskiego z inicjatywy Ubezpieczonego,
 - 4) wygaśnięcia Umowy o pracę lub Stosunku służbowego lub Kontraktu menedżerskiego (z wyjątkiem wygaśnięcia Umowy o pracę wskutek śmierci pracodawcy Ubezpieczonego),
 - 5) rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron, z wyjątkiem rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron z inicjatywy pracodawcy w związku z ustawą o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników),
 - 6) wypowiedzenia Umowy o pracę przez Ubezpieczonego lub na skutek rozwiązania Umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego,
 - 7) rozwiązania Umowy o pracę przez pracownika w trybie jedynie powodującym skutki wypowiedzenia Umowy o pracę przez pracodawcę, opisanym w art. 231 § 4 Kodeksu pracy,
 - 8) rozwiązania Umowy o pracę z powodu przejścia Ubezpieczonego na emeryturę,
 - 9) rozwiązania Umowy o pracę z pracodawcą będącym Osobą Bliską względem Ubezpieczonego,
 - 10) rozwiązania Umowy o pracę z pracodawcą, którego akcjonariuszami lub udziałowcami posiadającymi łącznie powyżej 20% udziałów albo akcji są Osoby Bliskie względem Ubezpieczonego, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych,
 - 11) rozwiązania Umowy o pracę z pracodawcą, którego akcjonariuszem albo udziałowcem, posiadającym powyżej 20% odpowiednio akcji albo udziałów jest Ubezpieczony, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych lub rozwiązanie Umowy o pracę nastąpiło ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za kolejne Utraty Pracy przez Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiły one na skutek rozwiązania Umowy o pracę z tym samym pracodawcą Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczyciel wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty Pracy u tego samego pracodawcy Ubezpieczonego.
 3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Utraty Pracy przez Ubezpieczonego, jeżeli w okresie sześciu miesięcy przed dniem zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia albo w dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia została dokonana co najmniej jedna z następujących czynności:
 - 1) pracodawca złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy o pracę,
 - 2) pracodawca złożył Ubezpieczonemu propozycję rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron, w trybie przewidzianym w przepisach ustawy o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
 - 3) został złożony przez pracodawcę Ubezpieczonego wniosek o ogłoszenie upadłości pracodawcy Ubezpieczonego,
 - 4) pracodawca prowadził w zakładzie pracy zatrudnienia Ubezpieczonego konsultacje w przedmiocie zwolnień grupowych, wynikające z przepisów prawa regulujących szczególnie zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
 skutkująca Utratą Pracy przez Ubezpieczonego w okresie udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Utraty Pracy.
- § 12.
- WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY**
1. Z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił zdolność do pracy na skutek:
 - 1) Zaburzeń psychicznych,
 - 2) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa oraz usiłowania lub dokonania przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała (podjęcie przez Ubezpieczonego działań mających na celu naruszenie czynności organizmu skutkującej powstaniem i utrzymywaniem się niezdolności do pracy),
 - 3) wszelkich Chorób odcinków kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego lub krzyżowego), lumbago, bólu w dolnej części pleców, rwy kulszowej, bólu uda, bólów korzeniowych, skręcenia odcinka szyjnego, skręcenia odcinka piersiowego, zespołu bolesnego barku, wysunięcia się dysku, chyba że co najmniej jedna z tych Chorób wymaga hospitalizacji przez nieprzerwany okres 15 dni lub zabiegu chirurgicznego w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie Czasowej Niezdolności do Pracy,
 - 4) ciąży, porodu, zabiegu in-vitro lub okoliczności z nimi powiązanych, a także zabiegu usuwania ciąży, o ile nie został on wykonany w celu ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonego, chyba że powodem czasowej niezdolności do pracy była hospitalizacja spowodowana zagrażającym lub zaistniałym poronieniem albo ciążą pozamaciczną,
 - 5) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób, (w takim przypadku Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba że zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności),
 2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, jeżeli w trakcie pozostawania niezdolnym do pracy Ubezpieczony wykazuje jakąkolwiek Aktywność Zarobkową.
 3. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy Ochrona Ubezpieczeniowa nie obejmuje czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego powstałej w następstwie Choroby, która została zdiagnozowana i/lub była leczona u Ubezpieczonego w okresie 3 lat przed dniem zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia i która była przyczyną zajścia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 3 lat od dnia rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia. Ograniczenia tego nie stosuje się do

osób, które na życzenie Ubezpieczyciela wypełniły ankietę medyczną i zawarły Umowę Ubezpieczenia.

przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie następstw nieszczęśliwego wypadku.

4. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy Ochrona Ubezpieczeniowa nie obejmuje czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego powstałej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w okresie 3 lat przed dniem zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia i który był przyczyną zajścia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 3 lat od dnia rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia. Ograniczenia tego nie stosuje się do osób, które na życzenie Ubezpieczyciela wypełniły ankietę medyczną i zawarły Umowę Ubezpieczenia.

§ 13.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpił:
- 1) w związku z zażyciem przez Ubezpieczonego leków niezaleconych przez lekarza, w związku z pozostawianiem przez Ubezpieczonego w tanie po użyciu alkoholu, zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), o ile miało to wpływ na powstanie Nieszczęśliwego wypadku; jeżeli zażycie przez Ubezpieczonego leków niezaleconych przez lekarza, przebywanie przez niego w tanie po użyciu alkoholu, zażycie narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy miały wpływ na rozmiar szkody, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia,
 - 2) w związku z nadużywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu, leków i innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii),
 - 3) wskutek nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego, z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa, z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej (w przypadku szkody powstałej wskutek rażącego niedbalstwa, Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności, chyba że zapłata odszkodowania w danych okolicznościach odpowiada względem słuszności),
 - 4) wskutek Zaburzeń psychicznych,
 - 5) w związku z usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem (w przypadku Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku) przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
 - 6) na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień,
 - 7) na skutek uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to,

§ 14.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU UTRATY PRACY

1. Z zastrzeżeniem ust. 4 i 9, Suma Ubezpieczenia na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe Utraty Pracy przez Ubezpieczonego w Okresie Ubezpieczenia równa jest łącznej wysokości maksymalnie 12 (dwunastu) miesięcznych Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
2. Z zastrzeżeniem ust. 4 i 9, łączna Suma Ubezpieczenia na wszystkie Zdarzenia Ubezpieczeniowe Utraty Pracy przez Ubezpieczonego we wszystkich następujących po sobie Okresach Ubezpieczenia w czasie trwania Umowy Kredytu, równa jest łącznej wysokości maksymalnie 48 (czterdziestu ośmiu) miesięcznych Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
3. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy ubezpieczenia z tytułu każdego Zdarzenia Ubezpieczeniowego polegającego na Utracie Pracy przez Ubezpieczonego, wynosi 5 000 (pięć tysięcy) złotych. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości raty.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Utraty Pracy przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych 90 dni ochrony, tj. począwszy od pierwszego dnia Okresu Ubezpieczenia pierwszej Umowy ubezpieczenia, świadczenie wypłacane jest jednorazowo w wysokości 10% miesięcznej raty świadczenia ubezpieczeniowego wskazanej w ust. 7.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6-9, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego Utraty Pracy przez Ubezpieczonego równe jest kwocie łącznej wysokości Rat Kredytu, których terminy płatności przypadają w okresie przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu Bezrobotnego, mającego miejsce w Okresie Ubezpieczenia, pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu, nie wyższej jednak niż Suma Ubezpieczenia określona w ust. 1.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty Pracy przez Ubezpieczonego należne jest w ratach miesięcznych. Wysokość miesięcznych rat świadczenia ubezpieczeniowego odpowiada wysokości miesięcznych Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
7. Pierwsza miesięczna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego będzie należna, jeżeli Status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez 30 dni kalendarzowych w Okresie Ubezpieczenia. Pierwsza rata świadczenia odpowiada, zgodnie z Harmonogramem Kredytu, wysokości miesięcznej Raty Kredytu, której termin płatności przypadał w okresie posiadania przez Ubezpieczonego Statusu Bezrobotnego w tych 30 dniach.
8. Każda kolejna miesięczna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty Pracy będzie należna, jeżeli Status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie o 30 dni kalendarzowych dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniej miesięcznej raty świadczenia ubezpieczeniowego w Okresie Ubezpieczenia. Kolejna rata świadczenia odpowiada wysokości kolejnej miesięcz-

nej Raty Kredytu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu, przypadającej do spłaty w okresie tych kolejnych 30 dni posiadania przez Ubezpieczonego Statusu Bezrobotnego.

9. W przypadku, gdy do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z tytułu Utraty Pracy przez Ubezpieczonego pozostaje do spłaty mniej Rat Kredytu niż jest to określone w ust. 1, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca miesięczne świadczenia w liczbie i wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
10. Świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie pomiędzy dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu a ostatnim dniem miesiąca, w którym to nastąpiło, zgodnie z § 8 ust. 1 pkt b), wypłacane jest jednorazowo w wysokości ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.

§ 15.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Z zastrzeżeniem ust. 4 i 9, Suma Ubezpieczenia na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia równa jest łącznej wysokości maksymalnie 12 (dwunastu) Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
2. Z zastrzeżeniem ust. 1 i 9, łączna Suma Ubezpieczenia na wszystkie Zdarzenia Ubezpieczeniowe Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego we wszystkich Okresach ubezpieczenia równa jest łącznej wysokości maksymalnie 48 (czterdziestu ośmiu) miesięcznych Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
3. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy ubezpieczenia z tytułu każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, wynosi 5 000 (pięć tysięcy) złotych. W przypadku gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości raty.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego w okresie pierwszych 90 dni ochrony, tj. począwszy od pierwszego dnia Okresu Ubezpieczenia pierwszej Umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych wyłącznie wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6-9, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, mającego miejsce w Okresie Ubezpieczenia, równe jest kwocie łącznej wysokości Rat Kredytu, których terminy płatności przypadają w okresie Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, nie wyższej jednak niż Suma ubezpieczenia określona w ust. 1.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego należne jest w ratach miesięcznych. Ich wysokość odpowiada wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
7. Pierwsza miesięczna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpie-

zonego będzie należna, jeżeli Czasowa Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego będzie trwała nieprzerwanie przez 30 dni kalendarzowych w Okresie Ubezpieczenia. Pierwsza rata świadczenia odpowiada, zgodnie z Harmonogramem Kredytu, wysokości ostatniej z kolei miesięcznej Racie Kredytu przypadającej do spłaty w okresie niezdolności Ubezpieczonego do pracy (w okresie tych 30 dni).

8. Druga i każda kolejna miesięczna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego będzie należna, jeżeli Czasowa Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego będzie trwała nieprzerwanie o 30 dni kalendarzowych dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniej miesięcznej raty świadczenia w Okresie Ubezpieczenia. Druga i każda kolejna miesięczna rata świadczenia odpowiadają wysokości kolejnych miesięcznych Rat Kredytu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu, przypadających kolejno do spłaty po racie Kredytu, o której mowa w ust. 7.
9. W przypadku, gdy w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego do spłaty pozostaje zgodnie z Harmonogramem Kredytu mniej Rat Kredytu, niż jest to określone w ust. 1, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca miesięczne świadczenia w liczbie i wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
10. Świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie pomiędzy dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu a ostatnim dniem miesiąca, w którym to nastąpiło zgodnie z § 8 ust. 1 pkt b), wypłacane jest jednorazowo w wysokości ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.

§ 16.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Suma Ubezpieczenia na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w Okresie ubezpieczenia równa jest łącznej wysokości maksymalnie 12 (dwunastu) Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 8-9.
2. Łączna Suma Ubezpieczenia na wszystkie Zdarzenia Ubezpieczeniowe Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku we wszystkich Okresach Ubezpieczenia równa jest łącznej wysokości maksymalnie 48 (czterdziestu ośmiu) miesięcznych Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 8.
3. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy ubezpieczenia z tytułu każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego polegającego na Pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wynosi 5 000 (pięć tysięcy) złotych. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości raty.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5-8, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, mającego miejsce w Okresie Ubezpieczenia, równe jest kwocie łącznej wysokości Rat Kredytu, których terminy płatności przypadają w okresie Pobytu Ubezpieczonego



- w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu w dniu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, nie wyższej jednak niż Suma ubezpieczenia określona w ust. 1.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku należne jest w ratach miesięcznych. Ich wysokość odpowiada wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
 6. Pierwsza miesięczna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie należna, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie trwał nieprzerwanie przez 14 dni kalendarzowych w Okresie Ubezpieczenia. Pierwsza rata świadczenia odpowiada, zgodnie z Harmonogramem Kredytu, wysokości pierwszej z kolei miesięcznej Racie Kredytu przypadającej do spłaty po Dniu Zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
 7. Druga i każda kolejna miesięczna rata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie należna, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie trwał nieprzerwanie o 30 dni kalendarzowych dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniej miesięcznej raty świadczenia w Okresie Ubezpieczenia. Druga i każda kolejna miesięczna rata świadczenia odpowiadają wysokości kolejnych miesięcznych Rat Kredytu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu, przypadających kolejno do spłaty po racie Kredytu, o której mowa w ust. 6.
 8. W przypadku, gdy do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku pozostaje do spłaty mniej Rat Kredytu niż jest to określone w ust. 1, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca miesięczne świadczenia w liczbie i wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
 9. Świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie pomiędzy dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu a ostatnim dniem miesiąca, w którym to nastąpiło zgodnie z § 8 ust. 1 pkt b), wypłacane jest jednorazowo w wysokości ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
3. Świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie pomiędzy dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu a ostatnim dniem miesiąca, w którym to nastąpiło zgodnie z w §8 ust. 1 pkt b), wypłacane jest jednorazowo w wysokości ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
 4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest jednorazowo w kwocie określonej zgodnie z ust. 1.
 5. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Uposażonym. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać oraz zmieniać Uposażonych. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w świadczeniu. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
 6. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Uposażonym w złotych polskich, na rachunek wskazany przez Uposażonego.

§ 18.

ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 17.

SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Suma Ubezpieczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku równa jest sześciokrotności Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu bezpośrednio po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż Saldo Zadłużenia z tego dnia.
2. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zdarzenia Ubezpieczeniowego, wynosi 5 000 (pięć tysięcy) złotych. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy Ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości raty.
3. Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia,
 - 2) kopię Wniosku Ubezpieczeniowego i Polisy, o ile jej przedłożenie będzie konieczne,
 - 3) kopię Harmonogramu Kredytu, inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne dla

- oceny zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia,
- 4) kopię dokumentu potwierdzającego na dzień zdarzenia podstawę uzyskiwania przez Ubezpieczonego dochodów.
4. Powiadomienie Ubezpieczyciela o wystąpieniu Zdarzenia Ubezpieczeniowego powinno nastąpić nie później niż w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) dni kalendarzowych od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku określonego w zdaniu poprzednim Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia rozmiarów Zdarzenia Ubezpieczeniowego lub uniemożliwiło Ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
 5. Wraz z zawiadomieniem składa się dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego.
 6. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty Pracy, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt 1-4 należy dostarczyć:
 - 1) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego polski powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako bezrobotny oraz potwierdzające okres posiadania statusu Bezrobotnego;
 - 2) kopię świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania Umowy o pracę skutkującego Utratą Pracy przez Ubezpieczonego;
 - 3) kopię pisma pracodawcy wypowiadającego Umowę o pracę (rozwiązanie Umowy o pracę);
 - 4) decyzję właściwego organu o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej (w przypadku osób, które nabyły Status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej);
 - 5) kopię postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub kopię postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób, które nabyły Status bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej).
 7. Zasadność roszczeń o zapłatę kolejnych rat świadczenia z tytułu Utraty Pracy Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie, przedstawiając jednocześnie dokumenty, o których mowa odpowiednio w postanowieniach pkt. 1 i 4.
 8. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt 1-3 należy dostarczyć:
 - 1) zaświadczenie potwierdzające Czasową Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, wydane przez lekarza nie będącego wobec Ubezpieczonego Osobą Bliską; dopuszczalne jest przedstawienie więcej niż jednego zaświadczenia, z zastrzeżeniem, iż zostało ono wydane z tyt. tego samego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, tj. choroby albo Niez szczęśliwego Wypadku lub będących ich następstwem i dotyczyły one następującego po sobie nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego niezdolnym do pracy,
 - 2) dokumentację medyczną Ubezpieczonego, wskazaną przez Ubezpieczyciela,
 9. Zasadność roszczeń o zapłatę kolejnych miesięcznych rat świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie przedstawiając zaświadczenie, o którym mowa w pkt. 1 oraz jeśli to konieczne w pkt. 2.
 10. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wstrzymania wypłaty świadczenia, jeżeli ubezpieczony podczas zwolnienia lekarskiego prowadzi Aktywność Zarobkową, na okres prowadzenia tej Aktywności Zarobkowej.
 11. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Niez szczęśliwego Wypadku, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt. 1-3 należy dostarczyć:
 - 1) dokument potwierdzający Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego,
 - 2) dokumenty potwierdzające zajście Niez szczęśliwego wypadku,
 - 3) inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do wykazania zasadności i wysokości wnoszonego roszczenia.
 12. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu wskutek Niez szczęśliwego Wypadku, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt. 1-3 należy dostarczyć:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu,
 - 2) kopię karty zgonu,
 - 3) kopię raportu Policji lub prokuratury lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Niez szczęśliwego wypadku,
 13. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w złotych polskich.
 14. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane Uprawnionemu do Świadczenia.
 15. Ubezpieczyciel zobowiązany jest zapłacić odpowiednio pierwszą ratę świadczenia ubezpieczeniowego albo świadczenie ubezpieczeniowe w terminie trzydziestu dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem ust. 16 i 17.
 16. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 13.
 17. Kolejne raty świadczeń spełniane będą w terminach czternastodniowych, licząc od dnia, w którym staną się należne.

§ 19.

REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargę i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Ubezpieczyciela albo Agenta Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.

3. Reklamacje mogą być składane:

- a) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Ubezpieczyciela albo Agenta Ubezpieczeniowego lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - b) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela albo Agenta Ubezpieczeniowego lub jego jednostce,
 - c) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia umożliwi Ubezpieczycielowi rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela albo w siedzibie lub jednostce Agenta Ubezpieczeniowego, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Ubezpieczyciel powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Ubezpieczyciel rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust.7, Ubezpieczyciel wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy, oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Ubezpieczyciela dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rz nień Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i innemu Uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.
15. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i innemu Uprawnionemu z Umowy Ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 20.


PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Ubezpieczyciel jest administratorem danych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania Umowy Ubezpieczenia. Dane osobowe będą przetwarzane w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia, na podstawie zgody osoby, której dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń.
2. Dane osobowe zbieramy od osoby, której dotyczą, poprzez formularze Wniosków Ubezpieczeniowych, formularze zmiany danych, formularze zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty związane z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia.
3. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe:
 - mogą zostać przekazane w szczególności następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom w zakresie i celu wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia;
 - mogą zostać uzyskane np. od: innych ubezpieczycieli, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą,w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
4. Dane osobowe będą przetwarzane do czasu zakończenia Umowy Ubezpieczenia i przedawnienia roszczeń wynikających z tej umowy, a następnie przez okres 5 lat, wynikający z przepisów ustawy o rachunkowości.
5. Dane osobowe będą udostępniane innym podmiotom z Grupy Aviva w celach marketingowych tylko w przypadku udzielenia takiej zgody. Przez Grupę Aviva rozumiemy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA i jednostki powiązane z nią w rozumieniu przepisów o rachunkowości oraz zarządzane przez nie fundusze emerytalne i inwestycyjne.
6. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo do uzyskania informacji o treści przetwarzanych danych oraz prawo ich poprawiania i usunięcia, o ile jest to zgodne z obowiązującymi przepisami prawa, lub też ograniczenia ich przetwarzania w celach marketingowych poprzez kontakt telefoniczny lub mailowy wskazany na stronie internetowej www.aviva.pl.

§ 21.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Roszczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia przedawniają się z upływem trzech lat. Szczegółowe zasady przedawnienia określają przepisy Kodeksu Cywilnego.
4. Do świadczeń wypłacanych przez Ubezpieczyciela zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w tym w szczególności przepisy ustawy



z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych t.j. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 oraz jej kolejne nowelizacje.

5. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zobowiązani są informować siebie nawzajem o wszelkich zmianach swojego adresu do korespondencji.
6. Za datę złożenia oświadczenia uznaje się chwilę, w której oświadczenie doszło do adresata w taki sposób, że mógł on zapoznać się z jego treścią.
7. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
8. Na warunkach uzgodnionych z Ubezpieczycielem wnioski, dyspozycje, powiadomienia i inne oświadczenia związane z Umową Ubezpieczenia mogą być składane w formie pisemnej, elektronicznej lub telefonicznej.
9. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Uzyskane poza terytorium Polski dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
10. Pisma Ubezpieczyciela są kierowane pod ostatni znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
11. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Ubezpieczyciela oraz pracownicy Ubezpieczyciela są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
12. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna z 3 marca 2021 roku i wchodzi w życie w dniu 15 marca 2021 roku.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA

ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa



infolinia: +48 22 557 44 44



e-mail: bok@aviva.com
www.aviva.pl