

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW o indeksie FBP/HIPOTEKI_B/2012**

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców oznaczone indeksem FBP/HIPOTEKI_B/2012 stanowią integralną część (Umowy Ubezpieczenia), tj.:

- Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (POLISA NR FBP/8 life) zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a BNP Paribas Bank Polska SA
- Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (POLISA NR FBP/8), zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a BNP Paribas Bank Polska SA.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie FBP/HIPOTEKI_B/2012 (dalej: SWU/HB) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) „Czasowa niezdolność do pracy”** – niemożność wykonywania pracy przez Ubezpieczonego stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami prawa polskiego o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- 2) „Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową”** – oświadczenie woli Kredytobiorcy, złożone na formularzu Ubezpieczyciela stanowiącym odrębny dokument lub część Umowy kredytu, udostępnionym przez Ubezpieczającego, na mocy którego Kredytobiorca wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
- 3) „Dzień przystąpienia do ubezpieczenia”** – dzień złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej i podpisanej Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową przez Kredytobiorcę, a w przypadku gdy przystąpienie do ubezpieczenia uwarunkowane było indywidualną decyzją Ubezpieczyciela podjętą w oparciu o kwestionariusz medyczny lub badania lekarskie – dzień wydania pisemnej zgody Ubezpieczyciela na przystąpienie danej osoby do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dzień uruchomienia Kredytu/pierwszej transzy Kredytu. W przypadku osób przystępujących do ubezpieczenia, po dniu uruchomienia Kredytu/pierwszej transzy Kredytu, dniem przystąpienia do ubezpieczenia jest dzień złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej i podpisanej Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową przez Kredytobiorcę, a w przypadku gdy przystąpienie do ubezpieczenia uwarunkowane było indywidualną decyzją – dzień wydania pisemnej zgody Ubezpieczyciela na przystąpienie danej osoby do ubezpieczenia;
- 4) „Dzień pobytu w szpitalu”** – trwający nieprzerwanie, co najmniej 1 dzień, całonocny pobyt Ubezpieczonego w szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu ze szpitala i datą przyjęcia do szpitala;
- 5) „Dzień zajścia zdarzenia”** –
 - a) w przypadku **śmierci** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
- c) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu, lub w przypadku braku dnia w orzeczeniu, za dzień zajścia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
- d) w przypadku **utrąty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia umów o pracę zawartych na czas nieokreślony lub dzień rozwiązania stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony, wskazany w pisemnym dokumencie orzekającym o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego;
- e) w przypadku **pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu;
- f) w przypadku **poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych SWU/HB;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 6) „Kredyt”** – kredyt udzielony Kredytobiorcy przez Kredytodawcę zgodnie z Regulacjami Banku, którego docelowym zabezpieczeniem ma być/jest hipoteka na nieruchomości;
- 7) „Kredytobiorca”** – osoba lub osoby fizyczne, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
- 8) „Kredytodawca”** – BNP Paribas Bank Polska SA udzielający Kredytu oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 9) „Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, zdarzenie spowodowane czynnikiem działającym z zewnątrz, będące wyłączną i bezpośrednio przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 10) „Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU/HB;
- 11) „Okres ubezpieczenia”** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, równy jest okresowi spłaty 12 rat kredytu zgodnie z harmonogramem spłat i rozpoczyna się:

- a) od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia uruchomienia kredytu – dla nowo zawartych umów kredytów ,
- b) od dnia przystąpienia do ubezpieczenia nie wcześniej niż od dnia następnego po dniu wymagalności najbliższej raty kredytu – dla kredytów uruchomionych,
- z zastrzeżeniem art. 4 niniejszych SWU/HB, wznawiany na kolejny 12 miesięczny okres/okresy równy okresowi spłaty 12 rat kredytu zgodnie z harmonogramem spłat (w przypadku nie wypowiedzenia wznawienia ochrony);
- 12) „Orzeczenie”** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
- b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
- 13) „Obowiązujący harmonogram spłat”** – dokument opracowany przez Kredytodawcę dla potrzeb danej Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat kredytu, sporządzony w terminach określonych w Umowie kredytu;
- 14) „Pakiet ubezpieczenia”** – jeden z dwóch Pakietów wybieranych przez Ubezpieczonego przy przystępowaniu do ubezpieczenia, określający zakres ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku każdego z Pakietów ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na okres maksymalnie 12 miesięcy;
- 15) „Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku”** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 7 dni;
- 16) „Poważne zachorowanie”** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
- b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
- c) **udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno-mózgowy jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
- e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (bypass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpiezonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
- Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpiezonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 17) **„Rata kredytu”** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz terminy wpłaty wskazane są w Obowiązującym harmonogramie spłat. Rata kredytu obejmuje kwotę kapitału Kredytu oraz odsetek należnych do zapłaty, zgodnie z oprocentowaniem oraz na warunkach wskazanych w Umowie kredytu, z wyłączeniem odsetek od zadłużenia przeterminowanego;
- 18) **„Saldo zadłużenia”** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy w danym dniu, wynikające z Umowy kredytu, obejmujące kwotę odpowiadającą sumie:
- a) wymagalnych rat kapitału, w tym skapitalizowanych odsetek,
 - b) wymagalnych odsetek umownych,
 - c) wymagalnych odsetek od należności przeterminowanych powstałych na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego, przy czym nie więcej niż za trzy miesiące poprzedzające datę świadczenia, wynikające z obowiązującego harmonogramu spłat;
- 19) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w niniejszych SWU/HB określająca maksymalną wysokość świadczenia ubezpieczeniowego;
- 20) **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 21) **„Szpital”** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. W rozumieniu niniejszych Warunków szpital nie oznacza: domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia nerwic i zaburzeń zachowania, domów opieki pielęgniarskiej, hospicjów onkologicznych, ośrodków opieki długoterminowej i opieki terminalnej, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków lub oddziałów rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych nawet jeśli stanowią organizacyjną część szpitala a także zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, szpitali sanatoryjnych;
- 22) **„Status bezrobotnego”** – status uzyskany przez Ubezpiezonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa

polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;

- 23) **„Świadczenie ubezpieczeniowe”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU/HB), w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przypadku Kredytów udzielanych w walutach obcych dla obliczenia świadczenia ubezpieczeniowego przyjmuje się kurs sprzedaży waluty Kredytu ogłoszony w pierwszej tabeli kursowej Kredytodawcy w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 24) **„Trwała i całkowita niezdolność do pracy”** – stan niesprawności Ubezpiezonego, będący następstwem choroby lub nieszczęśliwego wypadku uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU/HB;
- 25) **„Ubezpieczający”** – Kredytodawca BNP Paribas Bank Polska SA;
- 26) **„Ubezpieczony”** – Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU/HB oraz Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową;
- 27) **„Ubezpieczyciel”** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce (00-073 Warszawa, Pl. Piłsudskiego 2), podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU/HB;
- 28) **„Umowa kredytu”** – Umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 29) **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (POLISA NR FBP/8.life) zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a BNP Paribas Bank Polska SA oraz Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (POLISA NR FBP/8), zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a BNP Paribas Bank Polska SA;
- 30) **„Uprawniony”** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych SWU/HB;
- 31) **„Utrata pracy”** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego przez Ubezpiezonego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia lub rozwiązanie stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 32) **„Wiek Ubezpiezonego”** – różnica pomiędzy odpowiednio datą przystąpienia do Ubezpieczenia, datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, datą wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia lub inną datą niezbędną do właściwej realizacji postanowień Umowy Ubezpieczenia a datą urodzenia Ubezpiezonego;
- 33) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – zdarzenie wymienione w niniejszych SWU/HB, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę świadczenia.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpiezonego oraz ryzyko utraty pracy przez Ubezpiezonego (o ile Ubezpieczony kwalifikuje się do zakresu ochrony z tytułu utraty pracy).
2. Zakres ochrony zależy od wybranego przez Ubezpiezonego Pakietu ubezpieczenia.

3. Zakres ubezpieczenia w ramach **Pakietu A** obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:
- śmierć,**
 - trwała i całkowita niezdolność do pracy.**
4. Zakres ubezpieczenia w ramach **Pakietu B** obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:
- śmierć,**
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,**
 - pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,**
 - jedno** z niżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego źródła dochodu pozyskiwanego przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień wskazanych w ust. 5 niniejszego artykułu:
 - **czasową niezdolność do pracy** – w przypadku gdy, Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, przy czym równy lub dłuższy niż dany okres ubezpieczenia lub uzyskuje dochód z tytułu prowadzenia własnej działalności gospodarczej, albo
 - **utrata pracy** – w przypadku gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, albo
 - **poważne zachorowanie** – w przypadku gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu utraty pracy.
5. W przypadku, gdy w ramach danego okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia miesięczne z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub z tytułu Utraty pracy w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3 lub w łącznej liczbie wskazanej w art. 12 ust. 5 oraz art. 13 ust. 3 (odpowiednio), Ubezpieczonemu niezależnie od aktualnego źródła dochodu, do końca danego okresu ubezpieczenia udzielana jest ochrona na wypadek poważnego zachorowania, w ramach zakresu ochrony wskazanego w ust. 4 pkt d) niniejszego artykułu.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

- Do ubezpieczenia może przystąpić każdy Kredytobiorca, który najpóźniej w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczy wraz z pierwszym okresem ubezpieczenia trwającym 12 miesięcy, łącznym 75 roku życia.
- Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - podpisał Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową;
 - zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu, w ramach której udzielona kwota Kredytu nie przekracza kwoty 4.000.000,00 zł (dla osób do 65 roku życia) oraz 2.000.000,00 zł (dla osób powyżej 65 roku życia) lub równowartości tej kwoty wyrażonej w innych walutach, w których Kredytodawca udziela Kredytu, przeliczonej przy zastosowaniu kursu dla danej waluty przyjętym przez Kredytodawcę w decyzji kredytowej.
- W przypadku Kredytobiorców, którzy nie przekroczyli 65 roku życia oraz którym udzielono Kredytu w kwocie z przedziału 250.000,01 zł - 500.000,00 zł lub równowartości tej kwoty wyrażonej w innych walutach, w których Kredytodawca udziela Kredytu, po kursie dla danej waluty przyjętym przez Kredytodawcę w decyzji kredytowej, dodatkowym warunkiem przystąpienia jest

podpisanie przez Kredytobiorcę Deklaracji o stanie zdrowia.

- W przypadku Kredytobiorców, którym udzielona kwota Kredytu przekracza 500.000,00 zł lub 250.000,00 zł (dla osób powyżej 65 roku życia) lub równowartość tej kwoty wyrażonej w innych walutach, w których Kredytodawca udziela Kredytu, po kursie dla danej waluty przyjętym przez Kredytodawcę w decyzji kredytowej, przystąpienie do ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o Kwestionariusz Medyczny lub odpowiednio Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny.
- W przypadku Kredytobiorców, którym udzielona kwota Kredytu przekracza 700.000,00 zł lub 500.000,00 zł (dla osób powyżej 65 roku życia) lub równowartość tej kwoty wyrażonej w innych walutach, w których Kredytodawca udziela Kredytu, po kursie dla danej waluty przyjętym przez Kredytodawcę w decyzji kredytowej, przystąpienie do ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny lub badania lekarskie wykonane na koszt i w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela.
- W przypadku Kredytobiorców, którym udzielona kwota Kredytu przekracza 1.500.000,00 zł lub równowartość tej kwoty wyrażonej w innych walutach, w których Kredytodawca udziela Kredytu, po kursie dla danej waluty przyjętym przez Kredytodawcę w decyzji kredytowej, przystąpienie do ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny lub badania lekarskie wykonane na koszt i w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela oraz w oparciu o Kwestionariusz Oceny Finansowej.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Ochrona ubezpieczeniowa względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia (w rozumieniu niniejszych Warunków - art. 1 ust 3).
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek Śmierci, Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
 - po upływie 30 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy, z zastrzeżeniem art. 2 ust. 2;
 - po upływie 30 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem art. 2 ust. 2.
 - po upływie 90 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9.
- Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu.
- Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - w ostatnim dniu danego okresu ubezpieczenia – w przypadku nieodnowienia okresu ubezpieczenia na kolejny 12-miesięczny okres lub w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczonego z przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny okres (z zachowaniem 30 dniowego terminu wypowiedzenia);
 - w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;

- d) w ostatnim dniu okresu za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
- e) w ostatnim dniu miesiąca w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
- f) w ostatnim dniu miesiąca w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty pracy;
- g) w dniu w którym składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia oraz nie została przez niego wpłacona;
- h) z upływem terminu rezygnacji z ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczonego wskazanego w art. 5 ust.2;
- i) z upływem terminu rozwiązania lub odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczającego; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z:
 - a) ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (dla rezygnacji złożonych do 15 dnia danego miesiąca kalendarzowego),
 - b) ostatnim dniem miesiąca, następującego po miesiącu w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (dla rezygnacji złożonych po 15 dniu danego miesiąca kalendarzowego).
3. Rezygnację z przedłużenia przez Ubezpieczonego ochrony ubezpieczenia na kolejny 12-miesięczny okres ubezpieczenia uznaje się za skuteczną pod warunkiem, iż rezygnacja zrealizowana zostanie na 30 dni przed terminem zakończenia danego okresu ubezpieczenia. W przypadku złożenia rezygnacji w terminie późniejszym, rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, następującego po miesiącu w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek w terminie i wysokości wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu przed podpisaniem przez niego Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową informacji o warunkach zawartej Umowy Ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego oraz do wydania Ubezpieczonemu niniejszych SWU/HB.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do przyjmowania od Ubezpieczonego wszelkich dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, do których upoważniony został przez Ubezpieczyciela, w tym do przyjmowania od osób zgłaszających zdarzenie, wniosków o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia do tego przeznaczonym wraz z niezbędnymi dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych SWU/HB.

2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z ich przystąpieniem do ubezpieczenia, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy zostali zgłoszeni lub wnioskowali o przyjęcie do ubezpieczenia.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia (Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową) oraz wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego (Druk Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (lub inny Uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wydania przez Ubezpieczyciela zgody na objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim, na koszt Ubezpieczyciela u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
4. Umyślne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego miesięcznie, w terminach i na warunkach wskazanych w Umowie Ubezpieczenia.
2. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego lub wcześniejszego wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia proporcjonalnie do liczby dni, w których Ubezpieczyciel nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy jest równa saldu zadłużenia z dnia zajścia zdarzenia przy czym nie więcej niż 4.000.000,00 zł lub 2.000.000,00 zł (dla osób powyżej 65 roku życia), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku kredytów uruchamianych w transzach, wypłaconych w części, sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy jest kwota udzielonego kredytu.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy, utraty pracy, lub pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku równa jest, w każdym okresie ubezpieczenia, maksymalnie 12 Ratom kredytu, wskazanym w art. 12–14, przy czym nie więcej niż 75.000,00 zł z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub nie więcej niż 66.000,00 zł z tytułu utraty pracy lub czasowej niezdolności do pracy.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania równa jest, w każdym okresie ubezpieczenia, 6 kolejnym Ratom kredytu, wskazanym w art. 15, przy czym nie więcej 30.000,00 zł.
5. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców

niż jeden, suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 1.

ART 12. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W DANYM OKRESIE UBEZPIECZENIA

1. W przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze świadczenie po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Obowiązującym harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie.
2. W przypadku, gdy po zakończeniu okresu wskazanego w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie czasowo niezdolny do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, wskazanej w Obowiązującym harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w okresie każdego 30 dni.
3. Jeżeli kolejna czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi przed upływem 30 dni, od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego, co skutkuje dalszą wypłatą świadczeń po każdym 30 dniach czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 2 niniejszego artykułu.
4. Jeżeli kolejna czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe co skutkuje wypłatą pierwszego świadczenia zgodnie z postanowieniami ust. 1 oraz dalszą wypłatą świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 2 niniejszego artykułu.
5. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 świadczeń, z tytułu czasowej niezdolności do pracy, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, w każdym okresie ubezpieczenia, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 5.500,00 zł.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w danym okresie ubezpieczenia, świadczenia w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3 lub wypłaci świadczenia w łącznej liczbie wskazanej w ust. 5 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu czasowej niezdolności do pracy, wygasa w tym okresie.

ART 13. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY W DANYM OKRESIE UBEZPIECZENIA

1. W przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu, za które pobrał zasiłek dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej

w Obowiązującym harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie, z zastrzeżeniem art. 1 pkt. 23.

2. W przypadku, gdy po upływie 30 dni, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu dalej przysługuje status bezrobotnego, lub w przypadku każdego kolejnego zdarzenia Utraty pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu, za które pobrał zasiłek dla bezrobotnych, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, wskazanej w Obowiązującym harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w czasie każdego 30 dni, z zastrzeżeniem art. 1 pkt. 23.
3. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Utraty pracy, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, w każdym Okresie ubezpieczenia, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 5.500,00 zł.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w danym Okresie ubezpieczenia, świadczenia z tytułu Utraty pracy w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 2 lub art. 10 ust. 3 lub wypłaci świadczenia w łącznej liczbie wskazanej w ust. 3 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu Utraty pracy wygasa w tym okresie.

ART 14. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W DANYM OKRESIE UBEZPIECZENIA

1. W przypadku Pobytu w Szpitalu (trwającego nieprzerwanie 7 dni) wskutek Nieszczęśliwego Wypadku danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Obowiązującym harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie, z zastrzeżeniem art. 1 pkt. 23.
2. W przypadku, gdy po zakończeniu 7 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w szpitalu lub w przypadku każdego kolejnego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie po każdym 30 dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, wskazanej w Obowiązującym harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w czasie każdego 30 dni.
3. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 świadczeń z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, w każdym Okresie ubezpieczenia, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 6.250 zł.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w danym Okresie ubezpieczenia, świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w łącznej kwocie równej sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3 lub wypłaci świadczenia w łącznej liczbie wskazanej w ust. 3 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wygasa w tym okresie.

ART 15. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA W DANYM OKRESIE UBEZPIECZENIA

1. W przypadku Poważnego zachorowania, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 6 kolejnych Rat kredytu przypadających do spłaty po dniu zajścia zdarzenia, zgodnie z Obowiązującym harmonogramem spłat, przy czym nie więcej niż suma ubezpieczenia wskazana w art. 10 ust. 3.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w danym okresie ubezpieczenia, świadczenia z tytułu Poważnego

zachorowania w łącznej kwocie wskazanej w ust. 1 niniejszego artykułu, ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu Poważnego zachorowania, wygasa w tym okresie.

ART 16. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia wskazuje Kredytodawcę jako Uprawnionego do otrzymania wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Śmierci, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do pracy, Utraty pracy, Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz wyraża zgodę na wskazanie przez Ubezpieczającego Uprawnionego do świadczenia z tytułu Śmierci, z zastrzeżeniem ust. 2-4 niniejszego artykułu.
2. W przypadku pozyskania przez Ubezpieczonego Świadczenia w wysokości wyższej niż istniejące zadłużenie, kwota przewyższająca Saldo zadłużenia należna z tytułu Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy wypłacona zostanie Ubezpieczonemu.
3. W przypadku pozyskania przez Ubezpieczonego Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wyższej niż istniejące zadłużenie, kwota przewyższająca Saldo zadłużenia należna z tytułu Śmierci wypłacona zostanie następującym osobom w kolejności:
 - a) małżonkowi;
 - b) dzieciom Ubezpieczonego w równych częściach – w przypadku braku osoby wskazanej w pkt. a) niniejszego ustępu, lub gdy osoba ta nie żyje lub utraciła prawa do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) rodzicom Ubezpieczonego w równych częściach – w przypadku braku osób wymienionych w pkt. a)-b) niniejszego ustępu, lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d) prawnym spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i Skarbu Państwa - w przypadku braku osób wymienionych w pkt a)-c) niniejszego ustępu lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku, gdy osoba wskazana w ust. 3 pkt a)-d) niniejszego artykułu umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego, udział w świadczeniu przysługujący tej osobie wypłacony zostanie pozostałym osobom uprawnionym do Świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach opisanych w ust. 3.
5. W przypadku, gdy z tytułu jednej Umowy kredytu objętych Ochroną ubezpieczeniową zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, Świadczenie ubezpieczeniowe należne poszczególnemu Ubezpieczonemu jest wypłacane w granicach przysługującej mu Sumy ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3.

ART 17. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczającemu zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim Druku Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Ubezpieczającego lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wskazane jest, aby do każdego

dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.

3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego Druku Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą Zdarzenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty Świadczenia oraz wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty Świadczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, od dnia otrzymania Druku Zgłoszenia Roszczenia wraz ze wszystkimi niezbędnymi dokumentami.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, 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 spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w Druku Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą Zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osobę zgłaszającą zdarzenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczającego, natomiast, w przypadku ustalenia praw do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego innemu Uprawnionemu, na rachunek bankowy innego Uprawnionego.
9. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia jest przekazanie przez Ubezpieczającego Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową wraz z Obowiązującym harmonogramem spłat oraz informacją o wysokości Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz przekazanie przez osobę zgłaszającą zdarzenie Druku Zgłoszenia Roszczenia wraz z dołączonymi następującymi dokumentami, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - a) w przypadku **Śmierci**:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci Ubezpieczonego (karta zgonu);
 - dokumentacja medyczna lub protokół z policji/prokuratury;
 - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) w przypadku **Trwałej i Całkowitej Niezdolności do pracy**:
 - odpowiednie orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU/HB;
 - dokumentacja medyczna lub protokół z policji/prokuratury;

- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) orzekające o czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, określające przewidywany okres przerwy w pracy;;
 - dokumentacja medyczna z leczenia Ubezpieczonego,
 - dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - zaświadczenie o źródle dochodów Ubezpieczonego w dniu zdarzenia;
 - dokumentacja medyczna lub protokół z policji/prokuratury;
 - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d) w przypadku **Utraty pracy**:
 - dokument wypowiedzenia umowy o pracę rozwiązujący umowę zawartą na czas nieokreślony lub stosunek służbowy zawarty na czas nieokreślony;
 - kopia dokumentu potwierdzającego status zatrudnienia w dniu zdarzenia;
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych;
 - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - e) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
 - f) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - karta wypisu ze szpitala;
 - dokumentacja leczenia ambulatoryjnego z wynikami badań;
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiega operacji;
 - zaświadczenie o nabyciu przez daną osobę uprawnień do rent lub emerytur lub inne zaświadczenie odnośnie źródła dochodu otrzymywanego przez Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego, przed każdą wypłatą

świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:

a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:

- dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
- dokumentację medyczną potwierdzającą dalszy ciąg leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyna kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy;

w przypadku **Utraty pracy**:

- dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych;

b) w przypadku **Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**:

- dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

ART 18. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Śmierci** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła wskutek:

- a) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od objęcia Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową lub próby samobójstwa;
- b) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
- c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową;
- f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
- g) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
- h) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania.
- i) posługiwania się przez Ubezpieczonego materiałami wybuchowymi lub bronią palną.

2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy, Trwałej i Całkowitej Niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Czasowa niezdolność do pracy, Trwała i Całkowita Niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:

- a) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
- b) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków

- odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
- c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio, rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - g) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
 - h) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
 - i) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - j) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jemu uległ Ubezpieczony;
 - k) posługiwania się przez Ubezpieczonego materiałami wybuchowymi lub bronią palną;
3. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata pracy nastąpiła wskutek:
- a) otrzymania przez Ubezpieczonego wypowiedzenia umowy o pracę ze wskazanym dniem sporządzenia tego wypowiedzenia przed dniem rozpoczęcia lub w okresie pierwszych 30 dni Okresu ubezpieczenia;
 - b) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego;
 - c) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
 - d) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
 - e) wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas określony.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku został spowodowany lub zaszedł wskutek:
- a) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
 - b) prowadzenia przez Ubezpieczonego jakiegokolwiek pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych,

- zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio, rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - g) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
 - h) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
5. W przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - b) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - c) następstw i konsekwencji chorób rozpoznanych i leczonych przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - d) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - e) choroby AIDS lub zakażenia się wirusem HIV;
 - f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - g) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

ART 19. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy Ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r. Nr. 14, poz. 176, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy Ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego

1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r. Nr. 54, poz. 654 z późn. zm.).

ART 20. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Skargi lub zażalenia mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi, w siedzibie Ubezpieczyciela, osobiście lub w innej wybranej formie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia w tej samej formie, w jakiej były one złożone lub w innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
3. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Zarządu Ubezpieczyciela.

ART 21. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU/HB, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą być wytoczone przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby wnoszącego roszczenie.

ART 22. SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe

z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.