

SZCZEGÓŁOWE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW BEZPIECZNY KREDYT

Rozdział I. Postanowienia ogólne

§ 1

Konstrukcja umowy oraz przedmiot regulacji ogólnych warunków ubezpieczenia

1. Niniejsze szczegółowe warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do ochrony udzielanej na podstawie Zrzeczeniowej Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców Bezpieczny Kredyt zawieranego przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonych (zwanej dalej „umową” bądź „umową ubezpieczenia”).
2. Ochrona ubezpieczeniowa może zostać udzielona w zakresie określonym w wariantach określonych w § 4 ust. 2.
3. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w oparciu o postanowienia niniejszych szczegółowych warunków ubezpieczenia, stanowiących załącznik do umowy oraz jej integralną część.

§ 2

Definicje i skróty

Terminom użytym w umowie grupowego ubezpieczenia na życie Kredytobiorców (umowa ubezpieczenia) nadaje się następujące znaczenia:

- 1) Towarzystwo – Wielkopolskie Towarzystwo Ubezpieczeń Życiowych i Rentowych Concordia Capital Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu;
- 2) Ubezpieczający – Bank, zawierający umowę ubezpieczenia na rzecz Ubezpieczonych bądź Bank, który przystąpił do tej umowy uczestnicząc w jej realizacji;
- 3) Ubezpieczony – osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub rolniczą oraz spółka cywilna osób fizycznych przystępująca do umowy ubezpieczenia, na rzecz której umowa ubezpieczenia jest zawierana. Ubezpieczony w umowie kredytu określany jest jako Kredytobiorca lub Współkredytobiorca;
- 4) Wiek wstępu – wiek obliczany jako różnica roku kalendarzowego, w którym rozpoczyna się w stosunku do danego ubezpieczonego ochrona ubezpieczeniowa i roku kalendarzowego, w którym urodził się Ubezpieczony;
- 5) Umowa kredytu – umowa kredytu spłacanego ratalnie lub jednorazowo na koniec okresu kredytowania;
- 6) Kredyt – operacja polegająca na postawieniu przez bank do dyspozycji kredytobiorcy na czas oznaczony określonej kwoty środków pieniężnych, z przeznaczeniem na określony cel. Kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z kredytu na warunkach określonych w umowie, zwrotu kwoty wykorzystywanego kredytu wraz z odsetkami w określonym terminie spłaty oraz zapłaty prowizji od udzielonego kredytu;
- 7) Utrata wzroku - całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku ($VO=0$, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub wypadku. Według kryteriów przyjętych przez Towarzystwo o trwałości schorzenia można orzekać po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę lub lekarza Towarzystwa;
- 8) Utrata kończyn - całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania określonej kwoty środków pieniężnych, z przeznaczeniem na określony cel. Kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z kredytu na warunkach określonych w umowie, zwrotu kwoty wykorzystywanego kredytu wraz z odsetkami w określonym terminie spłaty oraz zapłaty prowizji od udzielonego kredytu;
- 9) Utrata mowy - całkowita i nieodwracalna utrata zdolności mowy wskutek: resekcji narządu mowy (krtani), przewlekłej choroby krtani, uszkodzenia ośrodków mowy w mózgu; utrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym;
- 10) Poważne zachorowanie – stan objęty ochroną ubezpieczeniową z umowy ubezpieczenia, określony w pkt. 12 do 21, zdiagnozowany przez lekarza po dniu przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia;
- 11) Nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną i niezależną od woli Ubezpieczonego, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną doznania przez Ubezpieczonego wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną;
- 12) Zawał serca – martwica fragmentu tkanek mięśnia sercowego powstała na skutek jego niedokrwienia. Zawał serca powinien być stwierdzony wystąpieniem typowych dolegliwości bólowych w wywiadzie podmiotowym oraz wystąpieniem wcześniej nie występujących zmian w zapisie EKG, a także wzrostem stężenia w surowicy krwi enzymów lub innych markerów charakterystycznych dla zawału mięśnia sercowego;
- 13) Udar mózgu – zaburzenie ukrwienia mózgu na skutek zaburzenia dopływu krwi tętniczej do mózgu albo krwawienia do mózgu na skutek uszkodzenia naczyń krwionośnych, powodujące powstanie objawów neurologicznych, występujących przez co najmniej 24 godziny. Powstałe na skutek udaru mózgu deficyty neurologiczne muszą być obecne przez co najmniej 3 miesiące;
- 14) Nowotwór – rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających. Za nowotwór nie uważa się: przewlekłej białaczki limfatycznej, nowotworów przedinwazyjnych in situ pTis, dysplazji szyjki macicy CIN 1-3, nowotworów pęcherza moczowego pTa (wg klasyfikacji TNM), nowotworów skóry innych niż czerniak złośliwy, czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania mniejszym niż pT2 (III stopień Clarka $>0,75$ cm grubości nacieku wg Breslowa), a także nowotworów współistniejących z infekcją HIV;
- 15) Łagodny guz mózgu – niezłośliwy nowotwór mózgu, zlokalizowany wewnątrz czaszki i zagrażający życiu poprzez jego uszkodzenie lub/i wzrost ciasnoty wewnątrzczaszkowej, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia lub w przypadku zaniechania powodujący trwały i postępujący ubytek neurologiczny;
- 16) Niewydolność nerek – przewlekłe, nieodwracalne uszkodzenie obu nerek uniemożliwiające ich prawidłowe funkcjonowanie, wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki ze wskazań życiowych;
- 17) Chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych – przeprowadzenie operacyjnej korekty zwężenia lub zamknięcia co najmniej jednej tętnicy wieńcowej u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych, poprzez wytworzenie pomostów omijających (by-pass) z użyciem przeszczepów naczyniowych, wykonanej na otwartym sercu. Wskazania medyczne do przeprowadzenia tego typu zabiegu operacyjnego muszą być udokumentowane wynikami badań naczyniowych (koronarografia). W tym przypadku, za chirurgiczne leczenie choroby naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca i naczyń;
- 18) Leczenie chorób naczyń wieńcowych – inne zabiegi niż określone w pkt 17., przeprowadzone u osoby z objawami niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia, poprzez wykonanie jednego z następujących zabiegów: angioplastyki balonowej, arterektomii, udrażniania przy pomocy techniki laserowej. Zabiegi te dotyczą dokonania korekty co najmniej 70% zwężenia światła każdej z dwu lub więcej tętnic wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia każdego z powyższych zabiegów musi być udokumentowana wynikami badań naczyniowych (koronarografia). Za leczenie chorób naczyń wieńcowych nie uważa się leczenia wrodzonych wad serca;
- 19) Przeszczep dużych narządów – dokonanie przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki o ile Ubezpieczony jest biorcą lub został umieszczony przez właściwego lekarza specjalistę na Centralnej Liście Biorców przeszczepów prowadzonej przez Instytut Transplantologii przy Akademii Medycznej w Warszawie lub liście biorców lokalnego ośrodka dokonującego przeszczepów;
- 20) Ciężkie oparzenie – głębokie oparzenie trzeciego stopnia obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała lub oparzenie drugiego stopnia obejmujące co najmniej 40% całkowitej powierzchni ciała, lub oparzenie pierwszego stopnia obejmujące co najmniej 60% całkowitej powierzchni

ciała. Rozległość oparzenia oceniana jest według "reguly dziewiątek" lub tabeli Lunda i Browdera;

- 21) Zapalenie wątroby typu B - przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu B trwające ponad 6 miesięcy, z występującymi łącznie kryteriami:
- utrzymywanie się na podwyższonym poziomie (>1,5 x górna granica normy) wartości AspAT i ALAT w sposób ciągły przez okres ponad 6 miesięcy,
 - stwierdzenie obecności AgHBs (+) lub Ag Hbe (+), zamiennie: stwierdzenie HBV DNA (+),
 - kliniczne cechy niewydolności wątroby w postaci: żółtaczki powiększenia wątroby, wodobrzusza, obecności "pajączków naczyńowych" na skórze.

§ 3

Długość trwania umowy ubezpieczenia i skutki rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia

- Okres ochrony ubezpieczeniowej jest równy okresowi za jaki została opłacona składka.
- Rozwiązanie umowy ubezpieczenia przez danego Ubezpieczającego oznacza, że ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonych nie ulega przedłużeniu i wygasa z upływem okresu za jaki została zapłacona składka.

§ 4

Przedmiot umowy ubezpieczenia

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia jest ponoszenie przez Towarzystwo ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci:
 - śmierci Ubezpiezonego (GRKB),
 - trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpiezonego do pracy (GRKB-TCN),
 - poważnego zachorowania Ubezpiezonego (GRKB-POZ),
 - utrąty pracy przez Ubezpiezonego (GRKB-UPR).
- Ubezpieczony może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w jednym z następujących wariantów:

WARIANT	GRKB	GRKB-TCN	GRKB-POZ	GRKB-UPR
I	X			
II	X	X		
III	X	X		X
IV	X	X	X	
V	X	X	X	X

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest w związku z zawieraną przez Ubezpiezonego jako Kredytobiorcę lub Współkredytobiorcę umową kredytu.
- W przypadku zawarcia umowy kredytu przez Współkredytobiorców, każdy z nich z osobną w deklaracji przystąpienia określa proporcję, w jakiej jest odpowiedzialny za spłatę kredytu.
- Przedmiotem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka, o którym mowa w **ust. 1 pkt a)** jest ponoszenie przez Towarzystwo ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpiezonego. Jednakże po ukończeniu przez Ubezpiezonego 65 roku życia ochrona ubezpieczeniowa zostaje zmodyfikowana poprzez ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa do śmierci Ubezpiezonego wyłącznie w wyniku nieszczęśliwego wypadku oraz rozszerzenie odpowiedzialność Towarzystwa o odpowiedzialność za następujące wypadki:
 - utrata kończyn,
 - utrata mowy,
 - utrata wzroku.
- Przedmiotem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka, o którym mowa w **ust. 1 pkt b)** jest ponoszenie przez Towarzystwo ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci trwałej i całkowitej utraty przez Ubezpiezonego zdolności do dalszego wykonywania pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej, zgodnie z posiadanym wykształceniem i doświadczeniem zawodowym. Niezdolność do pracy spowodowana może być wyłącznie utratą zdrowia. Za trwałą niezdolność do pracy Towarzystwo przyjmuje niezdolność orzeczoną na okres stały. Podstawą do uznania przez Towarzystwo zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy, wydane przez działającego przy właściwym organie emerytalno-rentowym lekarza orzecznika, zastrzegając sobie jednak prawo do weryfikacji zasadności orzeczenia i skierowania Ubezpiezonego na powołaną przez siebie komisję lekarską.
- Przedmiotem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka, o którym mowa w **ust. 1 pkt c)** jest ponoszenie przez Towarzystwo ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpiezonego poważnego zachorowania bez względu na jego przyczynę. Po ukończeniu przez Ubezpiezonego 60 roku życia ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpiezonego zostaje ograniczona do poważnych zachorowań wymienionych w § 2 pkt. 14), 16), 19), 20).
- Przedmiotem umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka, o którym mowa w **ust. 1 pkt d)** jest ponoszenie przez Towarzystwo ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci doznania przez Ubezpiezonego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego wystąpieniem u Ubezpiezonego zaburzeń psychicznych, w tym w szczególności epizodu depresji w wyniku rozwiązania z Ubezpieczonym stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów

prawa (utrata pracy). Towarzystwo przyjmuje, że każda utrata pracy, o której mowa powoduje uszczerbek na zdrowiu spowodowany wystąpieniem u Ubezpiezonego zaburzeń psychicznych, w tym w szczególności epizodu depresji. Towarzystwo nie wymaga przy zgłaszaniu o wypłatę świadczenia opinii potwierdzającej doznanie przez Ubezpiezonego epizodu depresji.

§ 5

Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej. Dobro chronione

Przedmiotem udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej jest:

- w odniesieniu do ryzyka śmierci Ubezpiezonego (GRKB) – życie Ubezpiezonego,
- w odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpiezonego do pracy (GRKB-TCN) - zdrowie Ubezpiezonego,
- w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania Ubezpiezonego (GRKB-POZ) - zdrowie Ubezpiezonego,
- w odniesieniu do ryzyka utraty pracy przez Ubezpiezonego (GRKB-UPR) - zdrowie Ubezpiezonego.

§ 6

Przedmiot świadczenia ubezpieczeniowego

- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpiezonego, utraty kończyn, mowy lub wzroku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości odpowiadającej sumie niespłaconych rat kapitałowych przypadających zgodnie z harmonogramem spłat, w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego nie obejmuje zaległych rat, jakichkolwiek odsetek, kar umownych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą kredytu.
- W sytuacji objęcia ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorcy i Współkredytobiorcy, zajście wypadku ubezpieczeniowego u jednego z nich powoduje, iż Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 1, w wysokości zgodnej z proporcją określoną w deklaracji przystąpienia. Pozostała część niespłaconego kredytu pozostaje do spłaty przez pozostałego Współkredytobiorcę.
- W przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci utraty pracy, Towarzystwo zobowiązane jest do wypłacania miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości odpowiadającej racie kapitałowej i odsetkom od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez Ubezpiezonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty:
 - po dacie utraty pracy – dla kredytów udzielonych Ubezpieczonemu na okres do 12 miesięcy, lub
 - po 60 dniu od daty utraty pracy – dla kredytów udzielonych Ubezpieczonemu na okres powyżej 12 miesięcy.

W okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości nie przekraczającej sumy rat kapitałowych przypadających w okresie 6 miesięcy wraz z odsetkami od kapitału, bez względu na liczbę zdarzeń (utrata pracy). W przypadku drugiej i każdej następnej utraty pracy, wypłata świadczenia miesięcznego następuje w terminach płatności rat kredytu przypadających po 60 dniu od daty utraty pracy.

W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 3, przestaje być wypłacane począwszy od:

- ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia,
 - ostatniego dnia miesiąca wypłaty zasiłku dla bezrobotnych.
- Za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego przyjmuje się, w odniesieniu do wypadku ubezpieczeniowego w postaci:
 - śmierci Ubezpiezonego, utraty kończyn, mowy, wzroku – odpowiednio dzień śmierci Ubezpiezonego albo dzień wydania przez lekarza orzeczenia o utracie przez Ubezpiezonego wzroku, kończyn lub mowy,
 - poważnego zachorowania Ubezpiezonego - dzień wydania przez lekarza orzeczenia o wystąpieniu poważnego zachorowania,
 - trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpiezonego do pracy - dzień wydania przez lekarza orzecznika orzeczenia o uznaniu Ubezpiezonego za całkowicie niezdolnego do pracy w rozumieniu § 4 ust. 6, na okres stały, z zastrzeżeniem, że w wypadku gdy trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem, za dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego uważa się dzień wystąpienia tego nieszczęśliwego wypadku,
 - utrąty pracy przez Ubezpiezonego – dzień następny po upływie okresu wypowiedzenia umowy o pracę zgodnie z przepisami prawa pracy oraz uzyskania przez Ubezpiezonego prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

Rozdział II

Składka ubezpieczeniowa

§ 7

Jednolitość składki ubezpieczeniowej

- Składka ustalana jest w sposób jednakowy dla wszystkich Ubezpieczonych.
- Warunki ochrony ubezpieczeniowej są jednakowe dla wszystkich Ubezpieczonych.
- Wszyscy ubezpieczeni tworzą jedną grupę osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

§ 8**Wysokość składki ubezpieczeniowej**

1. Dla składki opłacanej rocznie z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, z jednorazowym terminem spłaty lub spłaty w ratach rocznych, wysokość pierwszej składki stanowi iloczyn wysokości przyznanego kredytu oraz rocznego wskaźnika składki ubezpieczeniowej. Wysokość składki opłacanej w kolejnych latach stanowi iloczyn wysokości zadłużenia wynikającego z harmonogramu spłat na dzień naliczania składki oraz rocznego wskaźnika składki ubezpieczeniowej. Przez zadłużenie rozumie się pozostałą do spłaty sumę rat kapitałowych bez zaległych rat, jakichkolwiek odsetek, kar umownych oraz kosztów związanych z zawarciem czy obsługą kredytu.
2. W przypadku złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w dniu późniejszym niż dzień zawarcia umowy kredytu, wysokość składki za pierwszy rok stanowi iloczyn wysokości zadłużenia wynikającego z harmonogramu spłat na dzień naliczania składki oraz rocznego wskaźnika składki ubezpieczeniowej.
3. Dla składki opłacanej jednorazowo z góry za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku pozostałych rodzajów kredytów, wysokość składki stanowi iloczyn wysokości przyznanego kredytu, jednorazowego wskaźnika składki ubezpieczeniowej oraz ilości miesięcy, na które zaciągnięty został kredyt.
4. W przypadku złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia w dniu późniejszym niż dzień zawarcia umowy kredytu, wysokość składki jednorazowej stanowi iloczyn wysokości zadłużenia wynikającego z harmonogramu spłat na dzień naliczania składki, jednorazowego wskaźnika składki ubezpieczeniowej oraz ilości miesięcy pozostałych do zakończenia umowy kredytu.
5. Wskaźnik składki ubezpieczeniowej wyliczany jest na podstawie wieku, płci, stanu zdrowia, a także liczebności grupy.
6. W przypadku, gdy umowa kredytu zawarta zostaje przez Współkredytobiorców składka ubezpieczeniowa każdego ze Współkredytobiorców obliczana jest odrębnie w zależności od proporcji w jakiej dany Współkredytobiorca odpowiada za spłatę kredytu, zgodnie z zasadami ustalonymi w ust. 1-4.

§ 9**Opłacanie składki ubezpieczeniowej**

1. Z tytułu udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia finansowanej przez Ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej. Przez opłacanie składki ubezpieczeniowej należy rozumieć naliczenie i odprowadzenie składki ubezpieczeniowej na numer rachunku bankowego Towarzystwa. Ubezpieczający zobowiązany jest do naliczenia i pobrania składki ubezpieczeniowej w dniu złożenia przez Ubezpieczającego deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
2. Składka ubezpieczeniowa uważana jest za zapłaconą w dniu, w którym dokonano wpłaty na podany przez Towarzystwo numer rachunku bankowego. Dla celów objęcia ochroną ubezpieczeniową za dzień zapłaty uważa się również dzień dokonania wpłaty składki ubezpieczeniowej za Ubezpieczonego na rachunek bankowy Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do odprowadzenia naliczonych i pobranych od Ubezpieczonych składek ubezpieczeniowych w terminie do 10 – go dnia kalendarzowego miesiąca następującego po miesiącu, w którym składka ubezpieczeniowa została naliczona i pobrana.
4. Składka ubezpieczeniowa opłacana jest jednorazowo lub rocznie z góry zgodnie z wyborem Ubezpieczającego za czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku niezapłacenia kolejnej składki ubezpieczeniowej w dniu wymagalności, Towarzystwo zawiesi w stosunku do danego Ubezpieczonego udzielanie ochrony ubezpieczeniowej na okres, za jaki składka nie została opłacona, nie dłużej niż 60 dni kalendarzowych licząc od dnia wymagalności składki. Ubezpieczony zostanie ponownie objęty ochroną ubezpieczeniową od pierwszego dnia następującego po dniu zapłacenia składki ubezpieczeniowej. Nieopłacenie w terminie 60 dni traktuje się jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem, za który została opłacona składka.
6. Kolejne składki ubezpieczeniowe Ubezpieczający jest zobowiązany naliczać i pobierać w każdą kolejną rocznicę pobrania pierwszej składki.

§ 10**Wysokość wskaźnika składki ubezpieczeniowej**

Wysokość wskaźników składki ubezpieczeniowej na poszczególne warianty ubezpieczenia wskazane w § 4 ust. 1 zostały określone w umowie ubezpieczenia.

§ 11**Zmiana wysokości wskaźnika składki ubezpieczeniowej**

1. W przypadku zmiany warunków służących określeniu wskaźnika składki ubezpieczeniowej Towarzystwo może zaproponować zmianę wysokości wskaźnika składki ubezpieczeniowej.
2. Zmieniony wskaźnik składki ubezpieczeniowej obowiązuje w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych.

Rozdział III**Zakres i czas trwania ochrony ubezpieczeniowej****§ 12****Wiek przystąpienia**

Ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte osoby fizyczne, których wiek wstępu w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej będzie nie niższy niż 18 lat i nie wyższy niż 85 lat pomniejszone o okres ubezpieczenia.

§ 13**Przystąpienie do umowy ubezpieczenia**

1. Ubezpieczony wyraża na piśmie, w formie deklaracji przystąpienia składanej Ubezpieczającemu, oświadczenie o wyrażeniu woli objęcia ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia w chwili złożenia deklaracji przystąpienia Ubezpieczającemu. Jeżeli ochroną mają zostać objęci Współkredytobiorcy w deklaracjach przystąpienia oświadczają w jakiej proporcji każdy z nich jest odpowiedzialny za spłatę kredytu.
2. Ubezpieczający obowiązany jest do sporządzania oraz przesłania drogą elektroniczną na adres Towarzystwa do 10-go dnia kalendarzowego każdego miesiąca listy osób przystępujących oraz objętych umową ubezpieczenia w poprzednim miesiącu. Lista, o której mowa w zdaniu poprzednim powinna odpowiadać wzorowi ustalonymu przez Towarzystwo.

§ 14**Okres ochrony**

Okres ubezpieczenia równa się okresowi na jaki został zaciągnięty kredyt, nie dłużej niż do 85 roku życia Kredytobiorcy lub Współkredytobiorcy.

§ 15**Ochrona ubezpieczeniowa**

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się następnego dnia po opłaceniu składki ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po dniu złożenia deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego.
2. W okresie pierwszych 30 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo będzie ponosić ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, jeżeli będzie on następstwem nieszczęśliwego wypadku, zawału serca albo udaru mózgu.
3. W okresie pierwszych 90 dni trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo będzie ponosić ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, tylko w przypadku jeżeli będzie ono następstwem nieszczęśliwego wypadku.
4. Towarzystwo będzie ponosić ryzyko utraty pracy, jeżeli nastąpi ona po okresie 90 dni od dnia początku ochrony ubezpieczeniowej.

§ 16**Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej**

1. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wszystkich ryzyk objętych ochroną, poza utratą pracy, w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu, w którym Ubezpieczony wystąpił z umowy ubezpieczenia,
 - b) w dniu, w którym wygasają roszczenia Kredytodawcy wobec Ubezpieczonego z tytułu umowy kredytu, nie później jednak niż w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia,
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 85 lat,
 - e) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - f) w dniu wystąpienia zdarzeń, o których mowa w § 4 ust. 5. pkt. a), b) i c), jeśli przyznano z tytułu ich wystąpienia świadczenie z umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ryzyka poważnego zachorowania oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wygasa, poza przypadkami wskazanymi w ust. 1, także w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.
3. Ochrona ubezpieczeniowa na wypadek utraty pracy w stosunku do poszczególnego Ubezpieczonego wygasa, poza przypadkami wskazanymi w ust. 1 także:
 - a) w dniu nabycia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy rat kapitałowych przypadających za okres 6 miesięcy wraz z odsetkami od kapitału,
 - b) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
4. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia z zachowaniem 3-miesięcznego terminu, którego początek przypada na pierwszy dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone w formie pisemnej oświadczenie o zrezygnowaniu przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej. Z dniem upływu powyższego terminu Ubezpieczony występuje z umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie zostanie złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o fakcie wystąpienia przez Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia niezwłocznie po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia w tym zakresie.

§ 17**Ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej**

Górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową w zakresie wszystkich ubezpieczeń związanych z umową kredytu w rozumieniu §2 pkt. 5) i 6) dla jednego Ubezpieczonego wynosi 50.000 zł (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych).

§ 18**Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej**

1. W odniesieniu do ryzyka śmierci Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
 - a) w wyniku pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwym, używania nie zaleconych przez lekarza środków odurzających lub substancji psychotropowych, jeżeli Ubezpieczony pozostając w tym stanie przyczynił się

- w znacznym stopniu do powstania wypadku ubezpieczeniowego lub nie zapobiegł skutkom jego wystąpienia,
- b) w wyniku samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,
 - c) wskutek skażenia radioaktywnego bądź katastrofy nuklearnej,
 - d) w wyniku czynnego i dobrowolnego uczestnictwa w działaniach zbrojnych lub aktach przemocy,
 - e) w wyniku leczenia i zabiegów leczniczych, o ile wykonywane były przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji,
 - f) w okresie trzech lat od przystąpienia do ubezpieczenia i był konsekwencją bezpośrednią lub pośrednią choroby istniejącej i zdiagnozowanej przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - g) wskutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych dwóch lat od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności.
2. W odniesieniu do ryzyka trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, poważnego zachorowania oraz utraty mowy, kończyn lub wzroku a także śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadkach wskazanych w ust. 1, a także wówczas, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
- a) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - b) wskutek usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa,
 - c) w wyniku leczenia oraz zabiegów leczniczych, bez względu na to przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie bezpośrednich następstw nieszczęśliwego wypadku,
 - d) w wyniku wszelkich chorób umysłowych i zaburzeń psychicznych,
 - e) w wyniku uprawiania niebezpiecznych sportów: wspinaczki, speleologii, sportów lotniczych, sportów motorowych i motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu,
 - f) wskutek choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV,
 - g) w wyniku prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał uprawnień potwierdzonych odpowiednim prawem jazdy lub innym dokumentem uprawniającym do prowadzenia danego pojazdu,
 - h) w wyniku wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych,
 - i) w wyniku prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwym.
3. W odniesieniu do ryzyka utraty pracy przez Ubezpieczonego Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił:
- a) przed upływem 90 dni od dnia początku ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - c) w wyniku rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - d) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez pracodawcę bez wypowiedzenia w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - e) w wyniku zakończenia stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia umowy o pracę na czas określony krótszy niż czas trwania umowy kredytu.
- d) dokumentu potwierdzającego stan zadłużenia kredytowego Ubezpieczonego na dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenia lekarskie, protokoły policji itp.) – w przypadku, gdy śmierć nastąpiła w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - f) poświadczonej kopii umowy lub innego dokumentu określającego proporcję w jakiej dany Współkredytobiorca jest odpowiedzialny za spłatę kredytu bądź dokumentu, z którego wynika fakt odpowiedzialności solidarnej Kredytobiorcy i Współkredytobiorców.
6. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie poważnego zachorowania, utraty mowy, wzroku lub kończyn jest złożenie:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie poważnego zachorowania, utratę mowy, wzroku lub kończyn (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, kopia historii choroby),
 - c) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - d) dokumentu potwierdzającego stan zadłużenia kredytowego Ubezpieczonego na dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - e) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenia lekarskie, protokoły policji itp.) – w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
7. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie niezdolności do pracy jest złożenie:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) dokumentów medycznych potwierdzających rozpoznanie utraty zdrowia (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, kopia historii choroby),
 - c) orzeczenia organu emerytalno – rentowego (lekarza orzecznika) o niezdolności do pracy,
 - d) kopii dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - e) dokumentu potwierdzającego stan zadłużenia kredytowego Ubezpieczonego na dzień zajścia wypadku ubezpieczeniowego,
 - f) dokumentów potwierdzających okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np. opis zdarzenia, zaświadczenia lekarskie, protokoły policji itp.) – w przypadku, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w wyniku nieszczęśliwego wypadku.
8. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie utraty pracy jest złożenie:
- a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) świadectwa pracy lub wypowiedzenia warunków pracy i płacy,
 - c) kopii umowy o pracę,
 - d) kopii dokumentu potwierdzającego, że Ubezpieczony został zarejestrowany jako bezrobotny i posiada prawo do zasiłku.
9. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo poinformuje o tym Uposażonego lub inną osobę uprawnioną (chyba że osoby te same składają zawiadomienie o wypadku ubezpieczeniowym) oraz przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także poinformuje Uposażonego lub inną osobę Uprawnioną, pisemnie lub w inny sposób na który wyrażona została zgoda, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń jak i wysokości świadczenia.
10. Towarzystwo może uzależnić wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dodatkowych dokumentów, niezbędnych do dokonania oceny zasadności zgłoszonego roszczenia oraz wysokości roszczenia. Towarzystwo nie może jednak uzależnić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego od przedstawienia dokumentów, jeżeli na podstawie obowiązujących przepisów prawa dokumenty te mogą być uzyskane przez Towarzystwo we własnym zakresie.
11. Uposażony lub inna osoba uprawniona na żądanie Towarzystwa powinni wykazać swoje uprawnienia oraz udzielić Towarzystwu wszelkich wyjaśnień.
12. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego Towarzystwo ma prawo potrącić wymagalne, nie uiszczone składki ubezpieczeniowej.

Rozdział IV

Ustalenie i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego

§ 19

Zawiadomienie

1. Uposażony zobowiązany jest zawiadomić Towarzystwo o zajściu wypadku ubezpieczeniowego oraz podać przyczynę jego zajścia niezwłocznie, lecz nie później niż w terminie 90-ciu dni kalendarzowych od dnia otrzymania wiadomości o okoliczności jego zajścia. W przypadku gdy na skutek naruszenia tego obowiązku – bez względu na to czy naruszenie to miało charakter zawiniony czy też nie - niemożliwe jest w postępowaniu likwidacyjnym ustalenie okoliczności lub skutków wypadku – Towarzystwo nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego bądź jego części. Nie uchybia to możliwości otrzymania przez osobę uprawnioną świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku, gdy osoba uprawniona udowodni zasadność i wysokość dochodzonego roszczenia
2. Zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1 Uposażony zobowiązany jest wysłać na adres siedziby Towarzystwa
3. Uposażony zobowiązany jest także do niezwłocznego zgłoszenia na piśmie roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego (wniosek o wypłatę świadczenia).
4. Poza dokumentami wskazanymi w ust. od 5 do 8, podstawą wypłaty świadczenia w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego jest otrzymanie przez Towarzystwo deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu
5. Podstawą do wypłaty świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego jest złożenie:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego,
 - b) aktu zgonu albo uwierzytelnionego przez notariusza lub przez upoważnionego pracownika samorządu terytorialnego lub organów administracji państwowej odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - c) karty zgonu lub innego dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu Ubezpieczonego,

§ 20

Termin wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego

1. Towarzystwo obowiązane jest wypłacić świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia zawiadomienia o zajściu wypadku ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni kalendarzowych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia zakład ubezpieczeń powinien spełnić w terminie przewidzianym w ust. 1.

§ 21

Forma świadczenia ubezpieczeniowego

1. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w formie wypłaty jednorazowej na podany we wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego numer rachunku bankowego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku świadczenia z tytułu utraty pracy świadczenie wypłacane jest w oparciu o zasady zawarte w § 6 ust. 3.

§ 22**Uposażony**

1. Ubezpieczający wskazuje siebie (Kredytodawcę) jako podmiot uposażony do otrzymania świadczenia z umowy ubezpieczenia. W każdym momencie trwania umowy Ubezpieczający może dokonać zmiany osoby uposażonej.
2. Przystępując do umowy ubezpieczenia Ubezpieczony wyraża zgodę na wyznaczenie Ubezpieczającego jako Uposażonego w ramach umowy ubezpieczenia. Każda zmiana Uposażonego wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego..

§ 23**Podstawa odmowy wypłaty świadczenia**

Towarzystwo odmawiając wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego podaje podstawę prawną i faktyczną odmowy wypłaty.

Rozdział V**Postanowienia końcowe****§ 24****Oświadczenia**

1. Ubezpieczony w sprawach związanych z umową ubezpieczenia składa oświadczenia za pośrednictwem Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że Ubezpieczający nie może być jego pełnomocnikiem.
2. Ubezpieczający oraz Towarzystwo składają oświadczenia pod rygorem nieważności na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym za zwrotnym potwierdzeniem odbioru.
3. Zmiany w danych powinny być zgłaszane niezwłocznie na piśmie. W przypadku nie powiadomienia o zmianie miejsca zamieszkania albo siedziby, przyjmuje się, że oświadczenia skierowane pod ostatnie wskazane miejsce zamieszkania albo siedziby wywierają skutki prawne po upływie 30-u dni kalendarzowych od dnia jego wysłania.

§ 25**Zmiana treści umowy ubezpieczenia**

Zmiana i uzupełnienie treści umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy pisemnego aneksu do umowy pod rygorem nieważności.

§ 26**Właściwość sądowa**

1. Jeżeli Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona nie zgadza się z ustaleniami Towarzystwa co do wysokości przyznanego świadczenia albo co do odmowy zaspokojenia roszczeń, może w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania zawiadomienia w tej sprawie zgłosić na piśmie wnioski o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Zarząd Towarzystwa.
2. Zarząd Towarzystwa jest zobowiązany rozpatrzyć sprawę i zawiadomić Ubezpieczonego, Uposażonego lub inną osobę uprawnioną o wyniku postępowania odwoławczego w terminie 30 dni kalendarzowych od daty otrzymania wniosku.
3. Ubezpieczony, Uposażony lub inna osoba uprawniona może dochodzić roszczeń na drodze sądowej, z pominięciem postępowania odwoławczego.
4. 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, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 27**Derogacja**

Niniejsza umowa ubezpieczenia zastępuje wszystkie wcześniejsze umowy grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców zawarte pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym w zakresie ubezpieczenia związanego z umową kredytu w rozumieniu §2 pkt 5) i 6).

§ 28**Odesłanie**

1. W sprawach nie uregulowanych umową ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa.
2. Świadczenia ubezpieczeniowe opodatkowane są na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa, w szczególności ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych i ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.