



**WARUNKI UBEZPIECZENIA
POSIADACZY KART KREDYTOWYCH BANKU ZACHODNIEGO WKB S.A.
(TWOJE BEZPIECZENSTWO)**

Niniejsze Warunki ubezpieczenia obowiązujące od 1 lutego 2014 r. stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia nr U1001/2008 zawartę w dniu 1 sierpnia 2008 r., na podstawie której BZ WKB-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. udziela ochrony ubezpieczeniowej Posiadaczom Kart kredytowych wydanych przez Bank Zachodni WKB S.A.

CZĘŚĆ OGÓLNA

**§1
DEFINICJE**

Pojęcia użyte w niniejszych Warunkach ubezpieczenia oznaczają:

- Posiadacz Karty** – osoba fizyczna, której Ubezpieczający udzielił limitu kredytowego, będąca stroną Umowy i posiadaczem Karty głównej;
- Ubezpieczający** – Bank Zachodni WKB Spółka Akcyjna z siedzibą we Wrocławiu, adres: Rynek 9/11, 50-950 Wrocław, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia Fabrycznej, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000008723, NIP 896-000-56-73, utworzona na podstawie rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 11 kwietnia 1988 r. w sprawie utworzenia Banku Zachodniego we Wrocławiu (Dz. U. Nr 21, poz. 142);
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca Posiadaczem Karty, która ukończyła osiemnasty rok życia – objęta ubezpieczeniem, zgodnie z zasadami określonymi w poszczególnych Klauzulach załączonych do niniejszych Warunków ubezpieczenia;
- Ubezpieczyciel** – BZ WKB-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna z siedzibą w Poznaniu, adres: Pl. Władysława Andersa 5, 61-894 Poznań, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000310719, NIP 2090001167, prowadząca działalność na podstawie zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego z dnia 6 czerwca 2008 roku Nr DNS/602/112/30/08/EM/K;
- Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta między Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, regulująca warunki udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczającego;
- Aktywność zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, doradztwa, stosunku członkostwa w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, mandatu poseckiego lub senatorskiego, działalności gospodarczej, w tym prowadzonej wraz z innymi osobami, lub działalności wytwórczej w rolnictwie; za Aktywność zarobkową nie jest uważana sprzedaż rzeczy stanowiących osobisty majątek oraz praca twórcza Ubezpieczonego chyba, że stanowi ona zwykły sposób zarobkowania;
- Bezrobotny** – osoba zarejestrowana jako bezrobotna w polskim właściwym powiatowym urzędzie pracy, której przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych, zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy, przyjmuje się, że dniem uzyskania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego jest pierwszy dzień okresu, za który Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla bezrobotnych, wskazany w decyzji polskiego właściwego powiatowego urzędu pracy;
- Call Center Ubezpieczającego** – telefoniczne Centrum Obsługi Klienta BZ WKB S.A.;
- Call Center Ubezpieczyciela** – telefoniczne Centrum Obsługi Klienta BZ WKB-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A.;
- Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku wskazany w akcie zgonu;
 - Niezdolności do zarobkowania Ubezpieczonego – dzień powstania Niezdolności do zarobkowania wskazany w Orzeczeniu lub w druku zaświadczenia lekarskiego. W przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania Niezdolności do zarobkowania, wówczas za dzień zajścia Niezdolności do zarobkowania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia. W przypadku, gdy całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzeczona na okres powyżej 5 lat jest następstwem:
 - całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, orzekanej na okres od 30 dni do 5 lat lub
 - częściowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej lub
 - czasowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej, wówczas, za Dzień zajścia Niezdolności do zarobkowania Ubezpieczonego przyjmuje się dzień zajścia pierwszego ze zdarzeń, za które zostało wypłacone świadczenie przez Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej, orzekanej na okres od 30 dni do 5 lat lub częściowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej lub czasowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia;
 - Utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego:
 - w przypadku opisanym w § 1 ust. 20 pkt 1) – dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości lub dzień wydania postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego,
 - w przypadku opisanym w § 1 ust. 20 pkt 2) – dzień złożenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy o pracę albo dzień zawarcia porozumienia stron,
 - w przypadku opisanym w § 1 ust. 20 pkt 3) – dzień wygaśnięcia mandatu posła lub senatora,
 - w przypadku opisanym w § 1 ust. 20 pkt 4) – dzień wykreślenia wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- Karta** – płatnicza Karta kredytowa z pasmem magnetycznym lub mikroprocesorem, wydawana przez Ubezpieczającego;
- Konto Karty** – rachunek kredytowy, prowadzony przez Ubezpieczającego w złotych, przeznaczony wyłącznie do przeprowadzania i rozliczania transakcji krajowych i zagranicznych dokonanych przy użyciu Karty lub dokonanych z wykorzystaniem przelewu elektronicznego, a także do rozliczania wszelkich opłat należnych Ubezpieczającemu i należnego Ubezpieczającemu oprocentowania naliczonego od kwoty wykorzystanego kredytu;
- Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie powstałe w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, rozstroju zdrowia lub zmarł;
- Niezdolność do zarobkowania:**
 - całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzekana na okres powyżej 5 lat i potwierdzona wydaniem Orzeczenia lub
 - całkowita niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzekana na okres od 30 dni do 5 lat i potwierdzona wydaniem Orzeczenia lub
 - częściowa niezdolność do wykonywania działalności zarobkowej orzekana na okres powyżej 30 dni, potwierdzona wydaniem Orzeczenia lub
 - czasowa niezdolność do wykonywania działalności zarobkowej orzekana na okres powyżej 30 dni, potwierdzona przez lekarza obowiązującym drukiem zaświadczenia lekarskiego wystawionym

- zgodnie z przepisami o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy lub orzeczeniem lekarza orzecznika w sprawie przyznania świadczenia rehabilitacyjnego, pod warunkiem, że przyczyną powodującą powstanie Niezdolności do zarobkowania powstała w okresie ubezpieczenia;
- Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie o Niezdolności do zarobkowania, wydane na podstawie przepisów prawa o emeryturach i rentach przez właściwego lekarza orzecznika lub komisję lekarską Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych;
- Osoba bliska** – małżonek Ubezpieczonego, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w konkubinacie, dzieci, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo Ubezpieczonego, małżonkowie dzieci i rodzeństwa Ubezpieczonego, rodzone rodzeństwo i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz rodzeństwo rodziców małżonka Ubezpieczonego;
- Regulamin Karty** – Regulamin wydawania i używania Kart kredytowych BZ WKB S.A. określający prawa i obowiązki wynikające z Umowy;
- Umowa** – umowa o udzielenie kredytu i wydanie płatniczej karty kredytowej – umowa zawarta między Ubezpieczonym i Ubezpieczającym;
- Uprawniony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku na podstawie miennego wskazania Ubezpieczonego lub na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
- Utrata stałego źródła dochodu** – zdarzenie mające miejsce w okresie ubezpieczenia i polegające na:
 - rozwiązaniu umowy o pracę z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku osób pozostających w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której posiadają więcej niż 20% kapitału zakładowego;
 - rozwiązaniu, w rozumieniu przepisów prawa pracy, umowy o pracę za wypowiedzeniem przez pracodawcę, rozwiązaniu umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika, rozwiązaniu umowy o pracę przez pracownika bez wypowiedzenia; gdy pracodawca dopuścił się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika, bądź gdy zostało wydane orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika, a pracodawca nie przesiadł pracownika w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan zdrowia i kwalifikacje zawodowe pracownika, rozwiązaniu umowy o pracę za porozumieniem stron, z inicjatyw pracodawcy, w trybie przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedołycających pracowników - w przypadku Ubezpieczonego pozostających w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę z podmiotem innym niż wskazany w pkt 1),
 - wygaśnięciu mandatu z przyczyn nie leżących po stronie posła lub senatora – w przypadku osób wykonujących funkcję posła lub senatora Rzeczypospolitej Polskiej,
 - wykreśleniu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, z przyczyn ekonomicznych – w przypadku osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą – czyli w sytuacji, gdy:
 - w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego działalność gospodarcza Ubezpieczonego przyniosła stratę lub
 - Ubezpieczony zaprzestął prowadzenia działalności gospodarczej wskutek wejścia w życie przepisów prawa uniemożliwiających kontynuowanie dotychczasowej działalności przez Ubezpieczonego lub
 - jeżeli zleceniodawca rozwiązał z Ubezpieczonym umowę cywilno-prawną, w następstwie czego Ubezpieczony uzyskał w tym okresie status Bezrobotnego;
- Sport wysokiego ryzyka** – sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, spadochronowe, baloniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybowictwo, kitesurfing, zorbing, nurkowanie, kajakerstwo górskie, skoki do wody, sporty walki i obronne, wspinaczka, alpinizm, narciarstwo i snowboarding ekstremalne, speleologia, boks, bobsleje, skoki bungee, rafting, canyoning, uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, bieguny, dzungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub przewodzi do:
 - stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo
 - obecności w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- Stan po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego** – stan po wprowadzeniu do organizmu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, niezależnie od drogi podania;
- Uprawianie Sportu wysokiego ryzyka** – czynne uczestnictwo w Sportie wysokiego ryzyka, zarówno indywidualne, jak i grupowe, w tym uczestnictwo mające charakter rekreacji ruchowej;
- Wada wrodzona** – wskazana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części Q00-Q99, niezależna od momentu rozpoznania, wewnętrzna lub zewnętrzna nieprawidłowość morfologiczna powstała w okresie życia wewnątrzmacicznego;
- Zaburzenie psychiczne** – wskazane w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 w części F00-F99 zaburzenia w funkcjonowaniu społecznym i psychicznym, odbiegające od norm zdrowia psychicznego i funkcjonowania społecznego;
- Zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet i zasiłków, niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- Zastrzeżenie Karty** – zgłoszenie w sposób wskazany przez Ubezpieczającego faktu utraty Karty oraz zablokowanie możliwości dokonywania transakcji Kartą;
- Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na:
 - Utracie stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego,
 - Niezdolności do zarobkowania Ubezpieczonego,
 - śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

**§2
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**

- Przedmiotem ubezpieczenia w pakiecie „Twoje Bezpieczeństwo” są:
 - Utrata stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego (**KLAUZULA I**) lub
 - Niezdolności do zarobkowania Ubezpieczonego (**KLAUZULA II**) lub
 - następstwa Nieszczęśliwego wypadku polegające na śmierci Ubezpieczonego (**KLAUZULA III**).
- Szczegółowy zakres i przedmiot ubezpieczenia, obowiązki Ubezpieczonego, tryb dochodzenia roszczeń oraz sposób ustalania wysokości i zasadności świadczeń określone są w Klauzulach załączonych do niniejszych Warunków ubezpieczenia.

- Posiadacze Kart objęci ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszym paragrafie, nie wcześniej jednak niż w dniu wejścia w życie Umowy ubezpieczenia, której integralną część stanowią niniejsze Warunki ubezpieczenia.
- Posiadacze Kart objęci ubezpieczeniem w dniu 31 lipca 2008 r. w zakresie pakietu „Twoje Bezpieczeństwo”, objęci zostali ubezpieczeniem na podstawie Warunków ubezpieczenia, pod warunkiem akceptacji Regulaminu Karty w tybie przewidzianym w tym Regulaminie.
- Posiadacze Kart, którym Karta została wydana po wejściu w życie Umowy ubezpieczenia, ale nie później niż do dnia 13 czerwca 2010 r., objęci byli ubezpieczeniem w zakresie pakietu „Twoje Bezpieczeństwo”, pod warunkiem zawarcia Umowy.
- Posiadacze Kart nie objęci ubezpieczeniem w zakresie pakietu „Twoje Bezpieczeństwo”, którym Karta została wydana przed datą wejścia w życie Umowy ubezpieczenia, objęci są ubezpieczeniem w zakresie pakietu „Twoje Bezpieczeństwo” pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu oświadczenia woli zawierającego ich zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia.
- Posiadacze Kart, którym Karta została wydana po dniu 13 czerwca 2010 r. objęci są ubezpieczeniem w zakresie pakietu „Twoje Bezpieczeństwo” pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu oświadczenia woli zawierającego ich zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia.
- Posiadacze Kart mogą złożyć oświadczenie woli w przedmiocie rezygnacji z ubezpieczenia. W takim przypadku możliwe jest ponowne przystąpienie do ubezpieczenia pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu oświadczenia woli w tym przedmiocie.
- Okres ubezpieczenia rozpoczyna się:
 - 1 sierpnia 2008 r. – w odniesieniu do Posiadaczy Kart, o których mowa w ust. 2,
 - następnego dnia po dacie zawarcia Umowy – w odniesieniu do Posiadaczy Kart, o których mowa w ust. 3,
 - następnego dnia po dacie złożenia oświadczenia woli zawierającego zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia – w odniesieniu do Posiadaczy Kart, o których mowa w ust. 4-5,
 - następnego dnia po dacie, w której zostało złożone przez Posiadacza Karty oświadczenie woli zawierające zgodę na ponowne przystąpienie do ubezpieczenia - w odniesieniu do Posiadaczy Kart, o których mowa w ust. 6.
- Okres ubezpieczenia kończy się:
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy, w tym na skutek upływu okresu, na jaki Umowa została zawarta,
 - z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia,
 - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złoży oświadczenie woli w przedmiocie rezygnacji z ubezpieczenia,
 - z dniem utraty pełnej zdolności do czynności prawnych przez Ubezpieczonego,
 - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, za który nie została opłacona składka ubezpieczeniowa za danego Ubezpieczonego,
 - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - z dniem nabycia uprawnień emerytalnych lub rentowych w odniesieniu do Klauzuli I,
 - z dniem zajścia całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej orzeczonej na okres powyżej 5 lat, z tytułu której należne jest świadczenie,
 - z dniem wyczerpania limitu łącznej kwoty wypłaconych świadczeń, określonych w § 5 ust. 1,
 - z dniem wyczerpania łącznej liczby świadczeń, określonych w § 3 ust. 2 Klauzuli I,
 - z dniem wyczerpania łącznej liczby świadczeń, określonych w § 3 ust. 2 Klauzuli II.
- Składka ubezpieczeniowa z tytułu objęcia ubezpieczeniem Posiadaczy Kart jest płatna przez Ubezpieczającego.

§4

SUMY UBEZPIECZENIA

Sumy ubezpieczenia, określone odrębnie dla każdego z przedmiotów ubezpieczenia wskazanych w § 2 ust. 1 powyżej, określone są w Klauzulach III, załączonych do Warunków ubezpieczenia.

§5

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

- Łączna kwota wypłaconych świadczeń w odniesieniu do wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych, które miały miejsce w okresie ubezpieczenia i są objęte ochroną na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100 000 złotych.
- Łączna liczba świadczeń wypłacanych z tytułu Utraty stałego źródła dochodu lub Niezdolności do zarobkowania, wskazana jest w odpowiednich Klauzulach załączonych do Warunków ubezpieczenia.

§6

WYŁĄCZENIA GENERALNE

- Ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciela nie są objęte szkody powstałe w następstwie:
 - trzęsienia ziemi,
 - działania energii jądrowej,
 - skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia,
 - zamieszek, niepokojów społecznych, strajków, masowych zwolnień pracowników w celu zmuszenia ich do przyjęcia gorszych warunków pracy,
 - wojny, najazdu, wrogiego działania innego państwa, agresji zbrojnej lub działań wojennych, wojny domowej, buntu, przewrotu, rewolucji, powstania lub niepokojów społecznych przybierających rozmiary powstania, przewrotu wojskowego, działań uzurpatorskich, wprowadzenia stanu wojennego lub stanu wyjątkowego oraz jakiegokolwiek aktu terroryzmu, wszelkich działań przedsiębiorczych w związku z kontrolowaniem, zapobieganiem lub zwalczaniem skutków zdarzeń wymierzonych w pkt 5),
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie następstwem:
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - usiłowania popełnienia lub popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonania przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała lub wywołania rozstroju zdrowia.

§7

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

- W przypadku wystąpienia zdarzenia, Ubezpieczający na podstawie pisemnego upoważnienia do ujawnienia informacji objętych tajemnicą bankową udzielonego przez uprawnionego do otrzymania świadczenia, zobowiązany jest:
 - podać wysokość salda Konta Karty Ubezpieczonego na dzień, w którym zaszło zdarzenie,
 - podać pierwszy dzień okresu ubezpieczenia,
 - potwierdzić imię i nazwisko Ubezpieczonego, objętego ubezpieczeniem.
- W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczającego obowiązku określonego w ust. 1, jeżeli miało to wpływ na ustalenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub na ustalenie wysokości świadczenia, Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części.

- Jeżeli w związku ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym, za które Ubezpieczyciel wypłacił świadczenie, Ubezpieczonemu przysługuje roszczenie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, roszczenie to z dniem wypłaty świadczenia przechodzi na Ubezpieczyciela do wysokości wypłaconego świadczenia.
- Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić Ubezpieczycielowi zarówno przed jak i po wypłacie świadczenia wszelkiej pomocy przy dochodzeniu roszczeń regresowych wobec osób trzecich odpowiedzialnych za szkodę, w tym dostarczyć odpowiednie dokumenty i udzielić Ubezpieczycielowi niezbędnych informacji.
- Jeżeli jednak Ubezpieczyciel pokrył tylko część szkody, pierwszeństwo do pozostałej części zaspokojenia roszczeń przysługuje Ubezpieczonemu przed roszczeniem Ubezpieczyciela.
- Na Ubezpieczyciela nie przechodzi roszczenie Ubezpieczonego przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyraził szkodę umyślnie.
- Jeżeli Ubezpieczony bez zgody Ubezpieczyciela zrzekł się roszczenia do osoby odpowiedzialnej za szkodę lub z winy umyślniej lub wskutek rażącego niedbalstwa nie wykonuje obowiązków wymierzonych w ust. 2, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w części. W razie gdyby takie okoliczności zostały ujawnione lub miały miejsce po wypłacie świadczenia, Ubezpieczyciel może żądać od Ubezpieczonego zwrotu całości lub części wypłaconego świadczenia.

§9

TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ, USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA – ZASADY GENERALNE

- Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym przez Ubezpieczonego lub Uprawnionego należy dokonać pisemnie albo telefonicznie, lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, jeżeli zostaną one udostępnione przez Ubezpieczyciela. Zawiadomienie złożone za pomocą środków porozumiewania się na odległość należy potwierdzić zawiadomieniem w formie pisemnej.
- Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela pisemnego zgłoszenia roszczenia, dokumentów potwierdzających Zdarzenie ubezpieczeniowe oraz wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoba występująca z roszczeniem o wypłatę świadczenia powinna wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okoliczności uzasadniające przyznanie jej świadczenia.
- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczonego lub Uprawnionego w formie pisemnej albo w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty potwierdzające Zdarzenie ubezpieczeniowe oraz uprawnienie do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia, chyba, że nie jest to niezbędne do wypłaty świadczenia.
- Świadczenie, z wyjątkiem świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jest wypłacane w złotych, przelewem na Konto Karty Ubezpieczonego.
- Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest w złotych na rachunek bankowy wskazany przez Uprawnionego.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okaże się niemożliwe świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie osobę zawiadamiającą o Zdarzeniu ubezpieczeniowym o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
- Jeżeli po wypłacie świadczenia Ubezpieczony odzyskał środki pieniężne na skutek uznania reklamacji lub uzyskania odszkodowania z tytułu nieuprawnionej transakcji dokonanej w ciężar Konta Karty, które spowodowały zmniejszenie salda zadłużenia na tym Koncie na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, co skutkowało nieuzasadnioną wypłatą świadczenia przez Ubezpieczyciela na podstawie niniejszych Warunków ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest zwrócić odpowiednią część świadczenia.
- Ubezpieczony lub Uprawniony może wnioskować o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Ubezpieczyciela.
- Od decyzji Ubezpieczyciela przysługuje prawo wniesienia powództwa do właściwego sądu powszechnego.

§10

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

- Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
- Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwość ogólnej lub sąd właściwość dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§11

SKARGI I ZAŻALENIA

- Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.
- Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
- Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
- O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezwzględnie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej ze zgłaszającym skargę.
- Zgłaszający skargę jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Ubezpieczyciela w przedmiocie skargi lub zażalenia. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-4.
- Niezależnie od możliwości składania skargi i zażaleń do Zarządu Ubezpieczyciela, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych lub złożenia powództwa do właściwego sądu.
- Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§12

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Z zastrzeżeniem § 11 ust. 2 i 5, wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z obejmowaniem ubezpieczeniem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Oświadczenie w przedmiocie przystąpienia lub rezygnacji z ubezpieczenia może być również przyjęte przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Call Center Ubezpieczającego po wcześniejszej identyfikacji klienta. Oświadczenie w przedmiocie zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym może być przyjęte przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Call Center Ubezpieczyciela.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia Umowy ubezpieczenia, przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

CZĘŚĆ SZCZEGÓLNA

KLAUZULA I DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A. („TWOJE BEZPIECZENSTWO”) UBEZPIECZENIE NA WYPADEK UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODU

§ 1 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Utrata stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do wypłaty określonego w niniejszych Warunkach ubezpieczenia świadczenia w razie Utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego, jeśli okres posiadania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego trwa co najmniej 30 dni, przy czym rozpoczyna się w okresie ubezpieczenia odnoszącym się do tego Ubezpieczonego.
3. Ochrona obejmuje zdarzenia mające miejsce na terytorium całego świata.

§ 2 SUMA UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe jest równa saktu zadłużenia na Koncie Karty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty stałego źródła dochodu, nie więcej niż przyznany limit kredytowy i nie więcej niż 10 000 złotych, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1 Części ogólnej Warunków ubezpieczenia.

§ 3 WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu Utraty stałego źródła dochodu wypłacane jest do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w § 2 niniejszej Klauzuli.
2. Łączna liczba świadczeń wypłacanych z tytułu Utraty stałego źródła dochodu nie może przekroczyć 2 w okresie ubezpieczenia.

§ 4 WYŁĄCZENIA SZCZEGÓLNE

1. Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił stałe źródło dochodu na skutek:
 - 1) upływu czasu, na jaki umowa o pracę została zawarta,
 - 2) ukończenia pracy, dla której wykonania umowa była zawarta,
 - 3) wygaśnięcia umowy o pracę,
 - 4) rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego,
 - 5) rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron, z wyłączeniem Utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego na skutek porozumienia stron, z inicjatywy pracodawcy, w trybie przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nieodnośnych pracowników,
 - 6) rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego, jako pracownika, za uprzedzeniem, bez wypowiedzenia, w razie przejścia części lub całości zakładu pracy zatrudnienia Ubezpieczonego na innego pracodawcę,
 - 7) rozwiązania umowy o pracę z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą Osobą bliską względem Ubezpieczonego.
2. Z tytułu Utraty stałego źródła dochodu Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli po Utracie stałego źródła dochodu Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenie związane z wykonywaną wcześniej na rzecz pracodawcy pracą.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Utraty stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego, jeżeli w dniu przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, ale w okresie 6 miesięcy przed tym dniem, albo w tym dniu, została dokonana przynajmniej jedna z następujących czynności:
 - 1) pracodawca złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę,
 - 2) pracodawca złożył Ubezpieczonemu propozycję rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron, w trybie przewidzianym w przepisach prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nieodnośnych pracowników,
 - 3) wydane zostało postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy Ubezpieczonego albo wydane zostało postanowienie sądu oddalające wniosek o ogłoszeniu upadłości pracodawcy Ubezpieczonego z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego,
 - 4) pracodawca prowadził w zakładzie pracy zatrudnienia Ubezpieczonego konsultacje w przedmiocie zwolnień grupowych, wynikające z ustawy o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nieodnośnych pracownikówskutkująca Utratą stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego w okresie świadczenia Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił stałe źródło dochodu na skutek wykreślenia z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, jeżeli Ubezpieczony prowadził nieprzerwanie działalność gospodarczą krócej niż 12 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty stałego źródła dochodu.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił stałe źródło dochodu na skutek wygaśnięcia mandatu posła lub senatora w wyniku upływu czteroletniej kadencji.

§ 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO, TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia dokumentów potwierdzających zasadność roszczenia i udzielenia w formie pisemnej upoważnienia do przekazywania Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego informacji objętych tajemnicą bankową, niezbędnych do wykonania Umowy ubezpieczenia.
2. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia są:
 - 1) zaświadczenie wydane przez polski właściwy powiatowy urząd pracy stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako Bezrobotny,
 - 2) zaświadczenie wydane przez polski właściwy powiatowy urząd pracy stwierdzające, że Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla Bezrobotnych,
 - 3) prawomocne postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości lub oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku majątku na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego - w odniesieniu do osób, o których mowa w § 1 ust. 20 pkt. 1,
 - 4) kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w związku z rozwiązaniem umowy o pracę, skutkującym Utratą stałego źródła dochodu przez Ubezpieczonego, w odniesieniu do osób, o których mowa w § 1 ust. 20 pkt. 1 i 2,
 - 5) dokument stwierdzający wygaśnięcie mandatu posła lub senatora - w odniesieniu do osób, o których mowa w § 1 ust. 20 pkt. 3,
 - 6) decyzję o wykreśleniu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej - w odniesieniu do osób, o których mowa w § 1 ust. 20 pkt. 4,
 - 7) oświadczenie Ubezpieczonego, iż od Utraty stałego źródła dochodu nie wykazuje on żadnej Aktywności zarobkowej,
 - 8) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.

3. Świadczenie będzie należne, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez 30 dni w okresie ubezpieczenia tego Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Utraty stałego źródła dochodu, jeżeli przed Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Utraty stałego źródła dochodu, Ubezpieczony nabył uprawnienie do świadczenia z tytułu Niezdolności do zarobkowania.

KLAUZULA II DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A. („TWOJE BEZPIECZENSTWO”) UBEZPIECZENIE NA WYPADEK NIEZDOLNOŚCI DO ZAROBKOWANIA

§ 1 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Niezdolność do zarobkowania Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do wypłaty określonego w niniejszych Warunkach ubezpieczenia świadczenia w razie Niezdolności do zarobkowania Ubezpieczonego, jeśli okres Niezdolności do zarobkowania trwa nieprzerwanie co najmniej 30 dni, i rozpoczyna się w okresie ubezpieczenia odnoszącym się do tego Ubezpieczonego.
3. Ochrona obejmuje zdarzenia mające miejsce na terytorium całego świata.

§ 2 SUMA UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe jest równa saktu zadłużenia na Koncie Karty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Niezdolności do zarobkowania, nie więcej niż przyznany limit kredytowy i nie więcej niż:

- 1) 10 000 złotych - w odniesieniu do całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzekanej na okres od 30 dni do 5 lat, częściowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej, czasowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej,
- 2) 100 000 złotych - w odniesieniu do całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzekanej na okres powyżej 5 lat,

z zastrzeżeniem § 5 ust.1 Części ogólnej Warunków ubezpieczenia.

§ 3 WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. Świadczenie z tytułu poszczególnych zdarzeń objętych ubezpieczeniem z tytułu Niezdolności do zarobkowania wypłacane jest do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 2 niniejszej Klauzuli.
2. Łączna liczba świadczeń wypłacanych z tytułu Niezdolności do zarobkowania, z wyłączeniem całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzekanej na okres powyżej 5 lat, nie może przekroczyć 2 w okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku, gdy kolejna Niezdolność do zarobkowania zajdzie w okresie krótszym niż 6 miesięcy od poprzedniej Niezdolności do zarobkowania, to jest ona traktowana, jako poprzednia Niezdolność do zarobkowania.
4. Świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzekanej na okres powyżej 5 lat jest wypłacane 1 raz w okresie ubezpieczenia.

§ 4 WYŁĄCZENIA SZCZEGÓLNE

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do zarobkowania będzie następstwem:
 - 1) pozostawania przez Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka znieczulającego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień,
 - 3) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób,
 - 4) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem następujących przypadków, gdy:
 - a) Ubezpieczony przebywał, jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych, lub
 - b) Ubezpieczony należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu, lub
 - c) Ubezpieczony był przewożony, jako chory do lub z placówki medycznej, która jest odpowiedzialna za leczenie,
 - 6) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że udział Ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 7) występujących u Ubezpieczonego Zaburzeń psychicznych,
 - 8) Wady wrodzonej Ubezpieczonego,
 - 9) chorób wywołanych spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu,
 - 10) zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV,
 - 11) plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego,
 - 12) konieczności odbycia lub odbywania leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego,
 - 13) Zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego,
 - 14) Uprawiania Sportu wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego,
 - 15) choroby z wyrodzeniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego,
 - 16) choroby Ubezpieczonego, rozpoznanej u Ubezpieczonego przez lekarza, kwalifikującej się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonej u Ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy poprzedzających objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe: Niezdolność do zarobkowania miało miejsce w okresie 3 lat od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 17) ciąży, porodu, przerwania ciąży u Ubezpieczonego.

§ 5 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO, TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Ubezpieczony jest zobowiązany do przedstawienia dokumentów potwierdzających zasadność roszczenia i udzielenia w formie pisemnej upoważnienia do przekazywania Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego informacji objętych tajemnicą bankową, niezbędnych do wykonania Umowy ubezpieczenia.
2. W celu wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek działalności zarobkowej orzekanej na okres od 30 dni do 5 lat, częściowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej oraz czasowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej, dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia są:
 - 1) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

- 2) zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej potwierdzające okres przerwy w pracy lub Orzeczenie,
 - 3) potwierdzenie wypłaty świadczenia z tytułu niezdolności do wykonywania działalności zarobkowej wydane przez pracodawcę lub organ rentowy,
 - 4) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
3. W przypadku całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, orzeczonej na okres powyżej 5 lat dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia są,
- 1) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
 - 2) Orzeczenie, potwierdzające Całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej na okres powyżej 5 lat,
 - 3) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
4. Ubezpieczycielowi na własny koszt przysługuje prawo skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania i do lekarza orzecznika w celu potwierdzenia zasadności zgłoszonego roszczenia.
5. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Niezdolności do zarobkowania, jeżeli przed Dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Niezdolności do zarobkowania, z wyłączeniem całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej orzeczonej na okres powyżej 5 lat, Ubezpieczony nabył uprawnienie do świadczenia z tytułu Utraty stałego źródła dochodu.

- Ubezpieczony zmarł w następstwie tego samego Nieszczęśliwego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie jest należne.
6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w następstwie Nieszczęśliwego wypadku po ustaleniu całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej, orzeczonej na okres powyżej 5 lat, ale przed otrzymaniem świadczenia z tego tytułu, wówczas Uprawnionemu wypłaca się tylko świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
7. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku należne jest Uprawnionemu. Wypłata świadczenia dokonywana jest przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Uprawnionego, lub w inny sposób uzgodniony z Uprawnionym.

KLAUZULA III

DO WARUNKÓW UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A. („TWOJE BEZPIECZEŃSTWO”)

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§1

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest następstwo Nieszczęśliwego wypadku polegające na śmierci Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ochrona obejmuje zdarzenia mające miejsce na terenie całego świata.

§2

SUMA UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia jest równa wysokości salda zadłużenia na Koncie Karty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, nie więcej niż przyniany limit kredytowy i nie więcej niż 100 000 złotych, z zastrzeżeniem § 5 ust. 1 Części ogólnej Warunków ubezpieczenia.

§3

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

Świadczenie z tytułu śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest do wysokości sumy ubezpieczenia wskazanej w § 2 niniejszej Klauzuli.

§4

WYŁĄCZENIA SZCZEGÓLNE

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć Ubezpieczonego będzie następstwem:
 - 1) chorób, nawet takich, które występują nagle,
 - 2) pozostawiania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu lub w Stanie po użyciu środka odurzającego, substancji psychotropowej lub środka zastępczego, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 3) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, bez wymaganych uprawnień,
 - 4) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób,
 - 5) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane chyba, że było to leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) wypadku statku powietrznego, na którym pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem następujących przypadków, gdy:
 - a) Ubezpieczony przebywał, jako pasażer lub członek załogi na pokładzie samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych, lub
 - b) Ubezpieczony należał do personelu medycznego opiekującego się chorym w trakcie transportu, lub
 - c) Ubezpieczony był przewożony, jako chory do lub z placówki medycznej, która jest odpowiedzialna za leczenie;
 - 7) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że udział Ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 8) Zawodowego uprawiania sportu przez Ubezpieczonego,
 - 9) Uprawiania Sportu wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła po upływie 12 miesięcy od dnia zajścia Nieszczęśliwego wypadku.

§5

TRYB DOCHODZENIA ROSZCZEŃ, WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Uprawniony jest zobowiązany do przedstawienia dokumentów potwierdzających zasadność roszczenia i udzielenia w formie pisemnej upoważnienia do przekazywania Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego informacji objętych tajemnicą bankową, niezbędnych do wykonania Umowy ubezpieczenia.
2. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, są:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu oraz kopia karty zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Uprawnionego,
 - 3) dowody potwierdzające zajście Nieszczęśliwego wypadku,
 - 4) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
3. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie przysługuje temu Uprawnionemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uprawnionych, wskazanych imiennie przez Ubezpieczonego, lub zachodzi przypadek, o którym mowa w ust. 5, świadczenie przypada spadkobiercom ustawowym Ubezpieczonego, bez względu na to czy w danym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego według odpowiednich przepisów kodeksu cywilnego z dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Jeżeli wypłacono świadczenie z tytułu całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek działalności zarobkowej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku orzeczonej na okres powyżej 5 lat, a następnie