



WARUNKI UBEZPIECZENIA „OCHRONA PŁATNOŚCI”

Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia nr U1004/2009 z dnia 20.11.2009 roku, zawartej pomiędzy Bankiem Zachodnim WBK S.A. a BZ WBK-Aviva Towarzystwem Ubezpieczeń Ogólnych S.A., na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. świadczy Ochronę ubezpieczeniową na rzecz Posiadaczy Rachunków prowadzonych przez Bank Zachodni WBK S.A.



W celu lepszego zrozumienia poniższego tekstu prawnego, wprowadziliśmy komentarze prezentowane w takich jak ta ramkach. Będziemy w nich posługiwać się formą komunikacji bezpośredniej, zwracając się do Ciebie – czyli Ubezpieczonego. Zamiast używać zwrotu Ubezpieczyciel, będziemy posługiwać się zwrotem „my”. Pamiętaj, że komentarze są tylko dodatkowym wyjaśnieniem, nie stanowią i w żadnym razie nie zastępują tekstu prawnego.

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE



Przytoczone w niniejszym § 1 definicje pozwolą Ci zapoznać się ze znaczeniem najważniejszych pojęć występujących w tekście tego dokumentu, dzięki czemu unikniesz niejasności interpretacyjnych oraz łatwiej zrozumiesz zakres i warunki oferowanej Ochrony ubezpieczeniowej.

Ileokroć w Warunkach ubezpieczenia, Umowie ubezpieczenia, Deklaracji, dokumentach związanych z obejmowaniem Ochroną ubezpieczeniową, potwierdzających objęcie Ochroną ubezpieczeniową oraz w innych oświadczeniach składanych w związku ze świadczoną na podstawie Warunków ubezpieczenia Ochroną ubezpieczeniową używa się następujących pojęć, pisanych wielką literą, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **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, działalności gospodarczej, w tym prowadzonej wraz z innymi osobami, 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 zarabkowania;
- 2) **Bezrobotny** – osoba zarejestrowana w tym charakterze w polskim właściwym powiatowym urzędzie pracy, która spełnia warunki do otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych, w myśl ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach 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;



Pamiętaj! Bezrobotny, w rozumieniu Warunków ubezpieczenia, to osoba zarejestrowana jakobezrobotny z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.

- 3) **Deklaracja** – oświadczenia woli, o których mowa w § 3 ust. 2 Warunków ubezpieczenia, złożone na piśmie na odpowiednim druku lub za pomocą środków porozumiewania się na odległość;



Deklaracja zawiera m.in. Twoją zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia „Ochrona Płatności”. Jeżeli złożyłeś oświadczenia woli, o których mowa w § 3 ust. 2 na piśmie, Deklaracja jest również potwierdzeniem objęcia Ciebie Ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli natomiast oświadczenia woli złożyłeś za pomocą środków porozumiewania się na odległość, potwierdzeniem objęcia Ciebie Ochroną ubezpieczeniową jest Certyfikat przystąpienia do ubezpieczenia – dokument, który Tobie wyślemy.

- 4) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Deklaracji przez Posiadacza;
- 5) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:**
 - a) Utraty zdolności do pracy – dzień powstania Niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w orzeczeniu lub zaświadczeniu wydanym przez lekarza albo organ rentowy; w przypadku, gdy orzeczenie lub zaświadczenie nie wskazuje dnia powstania Niezdolności do pracy, za dzień powstania Niezdolności do pracy przyjmuje się dzień wydania orzeczenia lub zaświadczenia potwierdzającego Niezdolność do pracy;
 - b) Utraty pracy:
 - I) dzień rozwiązania umowy o pracę – w przypadku, o którym mowa w pkt 24) lit. a),
 - II) dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub dzień wydania postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszeniu upadłości pracodawcy, zatrudniającego Ubezpieczonego, z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku, o którym mowa w pkt 24) lit. b),
 - III) dzień wydania postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub dzień wydania postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszeniu upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku, o którym mowa w pkt 24) lit. c),
 - IV) dzień wygaśnięcia mandatu posła lub senatora – w przypadku, o którym mowa w pkt 24) lit. d),
 - c) Pobytu w Szpitalu – dzień rejestracji Ubezpieczonego w Szpitalu;
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie powstałe w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszczerbku na zdrowiu; Nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;
- 7) **Niezdolność do pracy** – brak zdolności do wykonywania Aktywności zarobkowej przez Ubezpieczonego, powstały i utrzymujący się w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, na skutek naruszenia czynności organizmu wskutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, zaistniałych w trakcie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej i w okresie podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu, potwierdzony zgodnie z obowiązującymi powszechnie przepisami prawa przez organ rentowy albo lekarza niebędącego względem Ubezpieczonego Osobą bliską;
- 8) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do zapłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) **Okres rozliczeniowy** – okres rozpoczynający się od dnia następującego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia przez Ubezpieczonego oraz odpowiednio – w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym – od dnia odpowiadającego datą początkowi poprzedniego Okresu rozliczeniowego, a kończący się w dniu bezpośrednio poprzedzającym dzień, w którym rozpoczyna się następny Okres rozliczeniowy włącznie; w przypadku braku w danym miesiącu kalendarzowym dnia odpowiadającego datą dniowi początku Okresu rozliczeniowego przyjmuje się, że jest to ostatni dzień danego miesiąca kalendarzowego;



Okres rozliczeniowy oznacza każdy kolejny miesięczny przedział czasu, w którym jesteś objęty Ochroną ubezpieczeniową.

- 10) **Osoba bliska** – małżonek Ubezpieczonego, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w konkubinacie, dzieci, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo Ubezpieczonego, małżonkowie i dzieci rodzeństwa Ubezpieczonego, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz rodzeństwo rodziców małżonka Ubezpieczonego;
- 11) **Pobyt w Szpitalu** – zdarzenie polegające na pobycie Ubezpieczonego w Szpitalu, trwającym nieprzerwanie co najmniej 5 kolejnych dni, mającym na celu leczenie choroby bądź urazu Ubezpieczonego, odnotowanym w księdze głównej przyjęć i wypisów, sporządzonej i prowadzonej przez Szpital, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania; przy czym Pobyt w Szpitalu musi przypadać w okresie świadczonej Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej;
- 12) **Posiadacz** – osoba fizyczna, w imieniu i na rzecz której Ubezpieczający prowadzi indywidualny lub wspólny Rachunek;
- 13) **Rachunek** – rachunek bankowy prowadzony przez Ubezpieczającego, zgodnie z zapisami Regulaminu kont dla ludności, w imieniu i na rzecz Posiadacza;
- 14) **Sport wysokiego ryzyka** – sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, spadochronowe, baloniarstwo, parolotniarstwo, motolotniarstwo, szybowictwo, kitesurfing, zorbing, nurkowanie, kajakerstwo górskie, skoki do wody, sporty walki i obronne, wspinaczka, alpinizm, narciarstwo i snowboarding ekstremalny, 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, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 15) **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo
 - b) obecności w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 16) **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;
- 17) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest zapewnienie całodobowej opieki medycznej w zakresie diagnostyki i leczenia, zabiegów terapeutycznych w warunkach stałych i specjalnie do tego celu przystosowanych, przez wykwalifikowany średni i wyższy personel medyczny; za Szpital nie uznaje się: ośrodków opieki społecznej, hospicjów, ośrodków dla psychicznie chorych, ośrodków leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych, ośrodków rehabilitacyjnych, ośrodków uzdrowiskowych, ośrodków wypoczynkowych oraz szpitali i wewnętrznych oddziałów, wydziałów lub innych jednostek organizacyjnych szpitala, zajmujących się rehabilitacją lub wypoczynkiem pacjenta, leczeniem alkoholizmu lub innych uzależnień;
- 18) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK 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 roku w sprawie utworzenia Banku Zachodniego we Wrocławiu (Dz. U. Nr 21, poz. 142);
- 19) **Ubezpieczenie chorobowe** – ubezpieczenie społeczne w razie choroby i macierzyństwa, zdefiniowane w ustawie o systemie ubezpieczeń społecznych, mające charakter ubezpieczenia obowiązkowego bądź dobrowolnego;
- 20) **Ubezpieczony** – Posiadacz objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;



Ubezpieczenie „Ochrona Płatności” zostało przygotowane wyłącznie z myślą o Klientach Banku Zachodniego WBK S.A., będących Posiadaczami Rachunku. Do ubezpieczenia może przystąpić zarówno jeden, jak i więcej Posiadaczy tego samego Rachunku, przy czym jeden Posiadacz może korzystać tylko z jednego ubezpieczenia „Ochrona Płatności”. Po przystąpieniu do ubezpieczenia „Ochrona Płatności” Posiadacz staje się Ubezpieczonym.

- 21) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-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/EMK;
- 22) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta w dniu 20 listopada 2009 roku na czas nieoznaczony, na podstawie której Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową na rzecz Posiadaczy Rachunków prowadzonych przez Bank Zachodni WBK S.A.;
- 23) **Uprawianie Sportu wysokiego ryzyka** – czynne uczestnictwo w Sporcie wysokiego ryzyka, zarówno indywidualne, jak i grupowe, w tym uczestnictwo mające charakter rekreacji ruchowej;
- 24) **Utrata pracy** – zdarzenie zaszło w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, polegające na:
 - a) 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 przeniósł 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 inicjatywy pracodawcy, w trybie przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników – w przypadku Ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę z podmiotem innym niż wskazany w lit. b),
 - b) 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 Ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy z inną niż spółka publiczna spółką handlową, w której Ubezpieczony lub Osoby bliskie względem Ubezpieczonego posiadają co najmniej 20% głosów w organie stanowiącym tej spółki,



Pamiętaj! Umowa o pracę musi zostać wypowiedziana przez pracodawcę, bez Twojej winy, bądź rozwiązana za porozumieniem stron – z inicjatywy pracodawcy i z przyczyn leżących wyłącznie po stronie pracodawcy. W przeciwnym razie świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty pracy nie będzie należne i nie zostanie Ci wypłacone.

- c) wykreśleniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (po 1 lipca 2011 roku – wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej), działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego, w rozumieniu przepisów regulujących prowadzenie działalności gospodarczej, na skutek ogłoszenia upadłości lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku Ubezpieczonych prowadzących samodzielną działalność gospodarczą,
- d) wygaśnięciu mandatu posła lub senatora z przyczyn nieleżących po jego stronie, z wyłączeniem zakończenia kadencji Sejmu i Senatu – w przypadku Ubezpieczonych pełniących funkcję posła lub senatora Rzeczypospolitej Polskiej, w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał w okresie świadczonej Ochrony ubezpieczeniowej status Bezrobotnego;
- 25) **Utrata zdolności do pracy** – zdarzenie polegające na powstaniu i utrzymywaniu się Niezdolności do pracy Ubezpieczonego przez okres co najmniej 30 dni w okresie Ochrony ubezpieczeniowej i podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu;
- 26) **Warunki ubezpieczenia** – niniejsze Warunki ubezpieczenia „Ochrona Płatności”;
- 27) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie polegające na: Utracie zdolności do pracy, Utracie pracy, Pobycie w Szpitalu.



W tym miejscu wymieniamy sytuacje, w przypadku zaistnienia których świadczymy określoną w Umowie ubezpieczenia pomoc finansową. Pamiętaj jednak o wyłączeniach opisanych w § 6.

§ 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie oraz utrata źródła dochodu.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje: Utratę zdolności do pracy, Utratę pracy, Pobyt w Szpitalu.

§ 3

OBJĘCIE I REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Posiadacz, który w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i w dniu objęcia Ochroną ubezpieczeniową nie ma ukończonych 65 lat.
2. Warunkiem objęcia Posiadacza Ochroną ubezpieczeniową jest złożenie następujących oświadczeń:
 - 1) o wyrażeniu zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela;
 - 2) o wyrażeniu zgody na przekazanie Ubezpieczycielowi informacji stanowiących tajemnicę bankową w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy ubezpieczenia;
 - 3) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie i zasięganie przez Ubezpieczyciela w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy, informacji dotyczącej jego stanu zdrowia oraz o weryfikacji podanych przez niego danych oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z Umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyniku badań genetycznych.
3. Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej. Rezygnacja jest skuteczna z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z Ochrony ubezpieczeniowej lub w przypadku zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z § 4 ust. 3 pkt 7 Warunków ubezpieczenia, ponowne przystąpienie Ubezpieczonego do ubezpieczenia, na podstawie Warunków ubezpieczenia, jest możliwe po upływie 180 dni od dnia zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej dla danego Ubezpieczonego.



Zawsze możesz zrezygnować z ubezpieczenia. Pamiętaj jednak, że ponownie możesz do niego przystąpić dopiero po upływie 180 dni od dnia zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej.

5. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępnienia Ubezpieczonemu Warunków ubezpieczenia przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową.

§ 4

OKRES ŚWIADCZENIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.



Data początku Twojej Ochrony ubezpieczeniowej jest wskazana w Deklaracji – gdy oświadczenia woli złożyłeś na piśmie, a gdy oświadczenia woli złożyłeś za pomocą środków porozumiewania się na odległość – w Certyfikacie.

2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w zakresie Utraty zdolności do pracy – od dnia następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia, jeśli Utrata zdolności do pracy była spowodowana Nieszczęśliwym wypadkiem; w pozostałych przypadkach – po upływie 90 dni od dnia następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 2) w zakresie Utraty pracy – po upływie 90 dni od dnia następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia z zastrzeżeniem § 6 ust. 5.;
 - 3) w zakresie Pobytu w Szpitalu – od dnia następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia, jeżeli Pobyt w Szpitalu był spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem; w pozostałych przypadkach – po upływie 90 dni od dnia następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w stosunku do Ubezpieczonego w zależności od tego, które z poniższych zdarzeń nastąpi wcześniej:
 - 1) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym umowa Rachunku została wypowiedziana;
 - 2) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Umowa ubezpieczenia została rozwiązana;
 - 3) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z obejmowania go Ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony przestał być Posiadaczem;
 - 5) z chwilą śmierci Ubezpieczonego;
 - 6) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - 7) z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym bezskutecznie upłynął termin płatności składki ubezpieczeniowej za Ubezpieczonego za bezpośrednio poprzedzający Okres rozliczeniowy;
 - 8) z chwilą wyczerpania wszystkich Sum ubezpieczenia, określonych dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych, na skutek wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych.

§ 5

WARIANTY, SUMY UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Suma ubezpieczenia określa górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu dla danego Ubezpieczonego na każde kolejne 24 Okresy rozliczeniowe. Wysokość sumy ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczonego wariantu ubezpieczenia i wynosi dla poszczególnych wariantów na każde Zdarzenie ubezpieczeniowe:
 - 1) Wariant Standard – 2800 zł (400 zł na każdą ratę/część świadczenia ubezpieczeniowego);
 - 2) Wariant Premium – 4900 zł (700 zł na każdą ratę/część świadczenia ubezpieczeniowego);
 - 3) Wariant Prestiż – 7000 zł (1000 zł na każdą ratę/część świadczenia ubezpieczeniowego).



Wysokość sumy ubezpieczenia jest uzależniona od wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia. Rodzaj wybranego przez Ciebie wariantu ubezpieczenia i wysokość sumy ubezpieczenia dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego w wybranym przez Ciebie wariantcie znajdziesz odpowiednio w Deklaracji albo w Certyfikacie. Suma ubezpieczenia dla każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego (Utrata pracy, Utrata zdolności do pracy, Pobyt w Szpitalu) odnawia się co 2 lata, liczone od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej (czyli po upływie 24 Okresów rozliczeniowych).

2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo zmiany wariantu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1, w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej pod warunkiem braku zaległości w opłaceniu składek ubezpieczeniowych z tytułu świadczonej przez Ubezpieczyciela Ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o zmianie wariantu ubezpieczenia powinno nastąpić poprzez złożenie Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego

stosownych oświadczeń wymienionych na Formularzu Rezygnacji/Zmiany Wariantu. Zmiana wariantu ubezpieczenia jest skuteczna z początkiem Okresu rozliczeniowego bezpośrednio następującego po Okresie rozliczeniowym, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o zmianie wariantu, przy czym jeśli Ubezpieczony zmieni wariant ubezpieczenia na wyższy, to odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do danego Ubezpieczonego w zakresie wyższej sumy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 3 pełnych Okresów rozliczeniowych od daty skutecznej zmiany wariantu ubezpieczenia.



Pamiętaj! W czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej możesz dokonać zmiany wybranego uprzednio wariantu ubezpieczenia spośród możliwości wskazanych w ust. 1.

- Suma ubezpieczenia na dane Zdarzenie ubezpieczeniowe jest pomniejszana o wartość wypłaconych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego w trakcie 24 Okresów rozliczeniowych. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona w trakcie danych 24 Okresów rozliczeniowych w zakresie danego Zdarzenia ubezpieczeniowego kończy się z chwilą wyczerpania sumy ubezpieczenia określonej dla tego Zdarzenia ubezpieczeniowego na skutek wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych.



Pamiętaj! Jeśli wyczerpiesz sumę ubezpieczenia dla któregoś ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, nadal pozostajesz objęty Ochroną ubezpieczeniową w zakresie tych Zdarzeń ubezpieczeniowych, dla których sumy ubezpieczenia nie zostały przez Ciebie wyczerpane. Po upływie dwóch lat od dnia początku Ochrony ubezpieczeniowej suma ubezpieczenia odnawia się dla każdego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych do jej pierwotnej wysokości.

- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Utraty pracy albo Utraty zdolności do pracy należne jest w miesięcznych ratach. Pierwsza rata świadczenia z tytułu Utraty pracy będzie należna, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni w trakcie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej, zaś pierwsza rata świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy będzie należna, jeżeli stan Niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni – w trakcie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej i w okresie podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu.



Pamiętaj! W przypadku Utraty pracy albo Utraty zdolności do pracy pierwsza rata świadczenia może zostać wypłacona dopiero po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ciebie statusu Bezrobotnego albo odpowiednio – po upływie 30 dni nieprzerwanej Niezdolności do pracy. Poszczególne raty świadczenia z tytułu Utraty pracy albo Utraty zdolności do pracy będą wypłacane w okresach miesięcznych.

- Druga i każda kolejna rata świadczenia z tytułu Utraty pracy będzie należna, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniej raty świadczenia z tytułu Utraty pracy w trakcie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 11, zaś druga i kolejna rata świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy będzie należna, jeżeli stan Niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie przez 30 kolejnych dni dłużej, niż było to wymagane dla poprzedniej raty świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy w trakcie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej i w okresie podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu z zastrzeżeniem ust. 12 i 14.



Kolejne raty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty pracy albo Utraty zdolności do pracy będą należne, jeśli status Bezrobotnego albo Niezdolność do pracy będzie się utrzymywać przez kolejne trzydziestodniowe okresy, nie dłużej niż do wyczerpania Sumy ubezpieczenia.

- Świadczenie z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każdą Utratę pracy w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Świadczenie z tytułu Utraty zdolności do pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każdą Utratę zdolności do pracy w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu ustalane jest w częściach. Pierwsza część świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu będzie należna, jeżeli Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego będzie trwał nieprzerwanie co najmniej 5 dni, a druga i każda kolejna część świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu będzie należna po upływie każdych kolejnych 30 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego – w trakcie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 13 i 14. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, ustalone w częściach w sposób, o którym mowa w niniejszym ustępie, wypłacane jest jednorazowo za cały okres Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego, na podstawie dokumentów poświadczających cały nieprzerwany okres Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego.



Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Pobytu w Szpitalu wypłacimy Ci po zakończeniu Twojego Pobytu w Szpitalu. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Pobytu w Szpitalu zależy od tego, ile dni trwał nieprzerwanie Twój Pobyt w Szpitalu. Jego maksymalna wysokość nie może przewyższać sumy ubezpieczenia ustalonej dla Pobytu w Szpitalu.

- Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego należne jest za każdy Pobyt w Szpitalu w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Jeżeli w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej dojdzie do zbiegu tytułów wypłaty świadczeń – z tytułu Utraty zdolności do pracy i z tytułu Pobytu w Szpitalu – Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie tylko z tytułu zajścia tego z wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z którego Ubezpieczonemu będzie przysługiwała wyższa kwota świadczenia.



Pamiętaj! W przypadku, gdy zajdą zdarzenia Utrata zdolności do pracy i Pobyt w Szpitalu, i świadczenia z tytułu tych obu zdarzeń obejmowałyby ten sam okres, za który świadczenie jest należne, wówczas wypłacimy Ci tylko jedno świadczenie – z tytułu tego Zdarzenia ubezpieczeniowego, z którego kwota świadczenia będzie wyższa.

- Z zastrzeżeniem ust 4 i 5 jeżeli według stanu na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Utraty pracy, Ubezpieczony był objęty Ochroną ubezpieczeniową przez:
 - okres nie dłuższy niż 180 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 1 raty;
 - okres dłuższy od 180 dni a krótszy niż 210 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 2 rat;
 - okres od 210 dni do 240 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 3 rat;
 - okres dłuższy niż 240 dni a krótszy niż 270 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 4 rat;
 - okres od 270 dni do 300 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 5 rat;
 - okres dłuższy niż 300 dni a krótszy niż 330 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 6 rat;
 - okres od 330 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 7 rat.
- Z zastrzeżeniem ust. 4,5 i 14, jeżeli według stanu na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Utraty zdolności do pracy, Ubezpieczony był objęty Ochroną ubezpieczeniową przez:
 - okres nie dłuższy niż 180 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 1 raty;
 - okres dłuższy niż 180 dni a krótszy niż 210 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 2 rat;
 - okres od 210 dni do 240 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 3 rat;
 - okres dłuższy niż 240 dni a krótszy niż 270 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 4 rat;
 - okres od 270 dni do 300 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 5 rat;

- okres dłuższy niż 300 dni a krótszy niż 330 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 6 rat;
 - okres od 330 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 7 rat.
13. Z zastrzeżeniem ust. 8 i 14, jeżeli według stanu na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego: Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczony był objęty Ochroną ubezpieczeniową przez:
- okres nie dłuższy niż 180 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 1 części;
 - okres dłuższy od 180 dni a krótszy niż 210 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 2 części;
 - okres od 210 dni do 240 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 3 części;
 - okres dłuższy niż 240 dni a krótszy niż 270 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 4 części;
 - okres od 270 dni do 300 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 5 części;
 - okres dłuższy niż 300 dni a krótszy niż 330 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 6 części;
 - okres od 330 dni, to Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie w wysokości maksymalnie 7 części.
14. Jeżeli Niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu były następstwem Nieszczęśliwego wypadku, zaszłego w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej zgodnie z ust. 1, niezależnie od okresu obejmowania Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową.

§ 6

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA



Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje wszystkich możliwych zdarzeń, jakie mogą Ci się przydarzyć. Warto więc zapoznać się z tymi zdarzeniami, w przypadku zajścia których nie wypłacimy świadczenia ubezpieczeniowego.

1. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie następstwem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) skażenia toksycznego, skażenia radioaktywnego, promieniowania jonizującego – bez względu na źródło skażenia;
 - 3) pozostawania 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;
 - 4) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonania przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała, bądź rozstroju zdrowia;
 - 5) Uprawiania Sportu wysokiego ryzyka przez Ubezpieczonego;
 - 6) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 7) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.



Powyższe wyłączenia dotyczą wszystkich Zdarzeń ubezpieczeniowych, czyli: Utraty pracy, Utraty zdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu.

2. Z tytułu Utraty zdolności do pracy lub Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie następstwem:
- 1) zaburzeń emocjonalnych, nerwowych lub psychicznych Ubezpieczonego, w tym depresji i stanów lękowych;
 - 2) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego;
 - 3) chorób wywołanych spożywaniem alkoholu przez Ubezpieczonego;
 - 4) ciąży, porodu, przerwania ciąży u Ubezpieczonego;
 - 5) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób, chyba że zabiegi te miały bezpośredni związek z Nieszczęśliwym wypadkiem;
 - 6) plastycznych lub kosmetycznych zabiegów chirurgicznych Ubezpieczonego, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiego w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej uległ Ubezpieczony;
 - 7) wady wrodzonej Ubezpieczonego;
 - 8) zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 9) zabiegu, operacji bądź leczenia Ubezpieczonego zaplanowanych przed złożeniem przez Ubezpieczonego Deklaracji;
 - 10) koniecznością odbicia lub odbywaniem leczenia rehabilitacyjno-usprawniającego Ubezpieczonego;
 - 11) innych niż wskazane powyżej stanów chorobowych Ubezpieczonego, rozpoznanych u Ubezpieczonego przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie 1 roku poprzedzającego dzień złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji.
3. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
- 1) upływu czasu, na jaki umowa o pracę została zawarta;
 - 2) ukończenia pracy, dla której wykonania umowa o pracę została 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 pracy na skutek porozumienia stron, z inicjatywy pracodawcy, w trybie przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nietyczących 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;
 - 8) rozwiązania umowy o pracę łączącej Ubezpieczonego z niebędącą spółką publiczną spółką handlową, w której Ubezpieczony lub Osoby bliskie względem Ubezpieczonego posiadają co najmniej 20% głosów w organie stanowiącym tej spółki, z przyczyn innych niż wskazane w § 1 pkt 24) lit. b) Warunków ubezpieczenia.
4. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenie związane z wykonywaną wcześniej na rzecz pracodawcy pracą, w wysokości przekraczającej 50% kwoty wynagrodzenia, które byłoby mu należne od pracodawcy, gdyby nadal pozostawał z nim w stosunku pracy – w okresie pobierania tego świadczenia lub jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony wykazuje Aktywność zarobkową.
5. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił pracę w okresie 12 miesięcy od dnia następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia w następstwie zwolnień grupowych.
6. Z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę lub propozycja rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron, w trybie przewidzianym w przepisach prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nietyczących pracowników zostało złożone w okresie 90 dni od dnia następnego po Dniu przystąpieniu do ubezpieczenia.
7. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, 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) zostało złożone 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 niedotyczących 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 niedotyczących pracowników;
- skutkująca Utratą pracy przez Ubezpieczonego w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O ZAPŁATĘ ŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać w terminie 90 dni od daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, pisemnie albo telefonicznie, lub za pomocą innych środków porozumiewania się na odległość, jeśli zostaną one udostępnione przez Ubezpieczyciela.



Niezwłocznie po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i zgłoszenia roszczenia rozpoczniemy procedurę pozwalającą ustalić prawo do świadczenia i jego wysokość. Pamiętaj, że termin, w jakim będziemy mogli ustalić prawo do świadczenia i jego wysokość, uzależniony jest od tego, kiedy otrzymamy wszystkie informacje i dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia.

2. Wypłata świadczenia następuje po dostarczeniu do Ubezpieczyciela pisemnego zgłoszenia roszczenia na formularzu Ubezpieczyciela i wyjaśnieniu 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.
3. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia są:
 - 1) w przypadku roszczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy:
 - a) kopia dokumentu wydanego przez lekarza albo organ rentowy, we właściwy sposób stwierdzającego Niezdolność do pracy Ubezpieczonego, oraz
 - b) zaświadczenie pracodawcy, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy – w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy za okres Niezdolności do pracy, lub w przypadku, gdy Ubezpieczony zachowuje prawo do wynagrodzenia przez okres Niezdolności do pracy, albo
 - c) zaświadczenie organu rentowego stwierdzające, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy – w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje za okres Niezdolności do pracy świadczenie inne niż zasiłek chorobowy, przyznane przez organ rentowy,
 - d) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 2) w przypadku roszczenia z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego:
 - a) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako Bezrobotny,
 - b) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla Bezrobotnych,
 - c) kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania umowy o pracę, skutkującej Utratą pracy przez Ubezpieczonego (w przypadku osób, które nabyły status Bezrobotnego wskutek Utraty pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę),
 - d) kopia postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu 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),
 - e) decyzja właściwego urzędu gminy o wykreśleniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (po 1 lipca 2011 roku – wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej), działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego oraz postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości Ubezpieczonego lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczonego z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 24 lit. c),
 - f) oświadczenie Ubezpieczonego, iż od daty Utraty pracy nie wykazuje on żadnej Aktywności zarobkowej,
 - g) oświadczenie Ubezpieczonego, czy pracodawca, u którego Ubezpieczony Utracił pracę, jest dla niego Osoba bliską,
 - h) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia;
 - 3) w przypadku roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego:
 - a) oryginał lub kopia dokumentacji medycznej Ubezpieczonego potwierdzonej przez placówkę medyczną, która wystawiła dokumentację lub przez Ubezpieczyciela,
 - b) oryginał lub kopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego poświadczonej przez Szpital lub przez Ubezpieczyciela,
 - c) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
4. Zasadność roszczeń o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty pracy Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie, przedstawiając jednocześnie dokumenty, o których mowa w postanowieniach ust. 3 pkt 2) lit. a), b).



Pamiętaj! Jeśli chcesz otrzymać kolejne świadczenia z tytułu Utraty pracy, powinieneś co miesiąc przedłożyć nam zaświadczenie, że nadal posiadasz status Bezrobotnego z prawem do zasiłku oraz nie wykonywać w tym czasie żadnej Aktywności zarobkowej.

5. Zasadność roszczeń o zapłatę świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty zdolności do pracy Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie, przedstawiając jednocześnie dokumenty, o których mowa w postanowieniach ust. 3 pkt 1) lit. a), b) lub c).
6. W celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy, Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Ubezpieczyciela, przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczony nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 8

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych polskich, przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny ustalony z Ubezpieczonym sposób.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia, w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 9
PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

§ 10
SKARGI I ZAŻALENIA



Pamiętaj! Zawsze masz prawo dostępu do informacji i dokumentów zgromadzonych przez nas w celu ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia w związku z Twoim roszczeniem o wypłatę świadczenia.

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.
2. 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.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak 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.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.
5. 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.
6. Niezależnie od możliwości składania skarg i zażaleń, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia skargi do Rzecznika Ubezpieczonych lub złożenie powództwa do właściwego sądu.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 11
PEŁNOMOCNICTWO

1. Pełnomocnictwo do działania w imieniu Ubezpieczonego powinno być udzielone w formie pisemnej w oddziale i w obecności przedstawiciela Ubezpieczającego oraz zgodnie z obowiązującą u Ubezpieczającego procedurą lub z podpisem poświadczonym notarialnie lub w formie aktu notarialnego. Pełnomocnictwo to powinno być sporządzone w języku polskim albo przetłumaczone na ten język przez tłumacza przysięgłego, a pełnomocnictwo udzielone poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej powinno zostać poświadczone przez polskie przedstawicielstwo dyplomatyczne lub polski urząd konsularny za zgodność z prawem miejsca wystawienia lub zawierać klauzulę *apostille* w rozumieniu Konwencji znoszącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych, sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 roku (Dz. U. z 2005 roku Nr 112, poz. 938). Pełnomocnictwo powinno określać zakres czynności, do których dokonywania uprawniony jest pełnomocnik.
2. Pełnomocnictwo do działania w sprawach skarg i zażaleń oraz dochodzenia odszkodowań może być także udzielone w zwykłej formie pisemnej.

§ 12
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem § 3 ust. 2 i 3, § 5 ust. 2, § 7 ust. 1 oraz § 10 ust. 2 Warunków ubezpieczenia oraz oświadczeń składanych za pomocą środków porozumiewania się na odległość.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Warunkami ubezpieczenia lub Umową ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w Warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia Umowy ubezpieczenia oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

Warunki ubezpieczenia obowiązują od 01.10.2012 r.