

Ubezpieczenie na życie spłaty zadłużenia Karty Visa Electron ŻAGIEL

Szczegółne Warunki Ubezpieczenia

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia „Ubezpieczenie na życie spłaty zadłużenia Karty Visa Electron ŻAGIEL” (SWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z pośrednikiem kredytowym zwanym dalej **ubezpieczającym**.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – pośrednik kredytowy, zawierający umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, która zawarła umowę karty, na podstawie której Bank udziela ubezpieczonemu kredytu w związku z przyznaniem limitu i wydaniem Karty Visa Electron ŻAGIEL i która wyraziła zgodę na objęcie ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia
 - 3) **uprawniony** - osobę, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie; uprawnionym w rozumieniu niniejszych SWU jest ŻAGIEL S.A. lub osoba wskazana przez ten podmiot; świadczenie wypłacone uprawnionemu musi w całości zostać przeznaczone na spłatę zobowiązań wynikających z umowy karty zawartej przez danego ubezpieczonego,
 - 4) **Bank** – Kredyt Bank S.A.,
 - 5) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 6) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczeń zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, niezależne od woli ubezpieczonego,
 - 9) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, na podstawie których lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeka trwałą niezdolność do pracy. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską. Ostateczna decyzja o uznaniu świadczenia należy do zakładu ubezpieczeń,
 - 10) **umowa karty** - umowa o wydanie karty kredytowej Visa Electron ŻAGIEL i przyznanie limitu kredytowego, zawierana za pośrednictwem ubezpieczającego pomiędzy Bankiem a ubezpieczonym, na podstawie której Bank przyznaje ubezpieczonemu kredyt do wysokości przyznanego limitu kredytowego; przez umowę karty rozumie się wyłącznie umowę zawartą zgodnie z Zasadami wydania i obsługi karty Visa Electron ŻAGIEL stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia,
 - 11) **cykl rozliczeniowy** – powtarzalny miesięczny okres, po upływie którego generowane jest zestawienie transakcji, czyli zestawienie wskazujące wysokość zadłużenia ubezpieczonego (okres przypadający pomiędzy określonym dniem każdego miesiąca kalendarzowego),
 - 12) **deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia** - dowód przystąpienia osoby do umowy ubezpieczenia, potwierdzenia zapoznania się wyżej wymienionej osoby z SWU i akceptacji SWU,
 - 13) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych SWU nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
 - 14) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie

- są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 15) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
 - 16) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
 - 17) **pobyt w szpitalu wymagający przeprowadzenia operacji** - pobyt ubezpieczonego w szpitalu w związku z koniecznością poddania się operacji, trwający nieprzerwanie co najmniej 40 dni, w trakcie którego przeprowadzono ubezpieczonemu operację,
 - 18) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
 - 19) **umowa z tytułu Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców** – umowa kredytu na zakup towarów i usług lub umowa kredytu gotówkowego zawierane za pośrednictwem ubezpieczającego pomiędzy Bankiem a ubezpieczonym, na podstawie których Bank udziela odpowiednio kredytu na zakup towarów i usług lub kredytu gotówkowego,
 - 20) **rachunek karty** – rachunek rozliczeniowy prowadzony w PLN, w systemie informatycznym ubezpieczającego, służący do obsługi zadłużenia posiadacza karty oraz rejestrowania transakcji, odsetek, opłat i prowizji związanych z użytkowaniem karty,
 - 21) **ścieżka bicontract** – sposób oferowania karty przez ubezpieczającego tylko osobom, którzy zawarli z Bankiem „Umowę kredytu na zakup towarów/usług oraz przyznania limitu kredytowego i wydania karty kredytowej VISA Electron Żagiel”,
 - 22) **ścieżka direct** – oferowanie karty w sposób odmienny niż wskazany w pkt 21).

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń polega na wypłacie świadczenia uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
3. Ochroną ubezpieczeniową są objęte następujące zdarzenia: zgon ubezpieczonego, trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek oraz pobyt w szpitalu wymagający przeprowadzenia operacji.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia w danym dniu cyklu rozliczeniowego, w odniesieniu do danego ubezpieczonego jest równa aktualnemu zadłużeniu ubezpieczonego w tym dniu, nie więcej jednak niż limit zadłużenia, jaki przysługuje ubezpieczonemu zgodnie z umową karty.
2. Szczegółowe zasady ustalania sumy ubezpieczenia określone są w umowie ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy ubezpieczony zawarł więcej niż jedną umowę karty, łączna suma ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną w odniesieniu do tej osoby nie może być większa niż kwota 10 000 PLN.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową poszczególnych ubezpieczonych następuje na podstawie podpisanej przez ubezpieczonego deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia.
3. Osoba przystępuje do umowy ubezpieczenia:
 - a) w dniu aktywacji karty,
 - b) w innym momencie po dacie aktywacji karty, w okresie ważności karty.
4. Ubezpieczeniem mogą być objęci jedynie kredytobiorcy:
 - a) którzy, w dniu zawarcia umowy karty, nie ukończyli 70 lat włącznie,
 - b) którym przyznano limit kredytowy w łącznej wysokości (bez względu na liczbę umów na podstawie których te limity kredytowe zostały przyznane) nie przekraczającej 10 000 zł (dla jednej osoby). Objęcie ubezpieczeniem kredytobiorców, którym przyznano limit kredytowy(ów) w wyższej wysokości niż ww. wymaga każdorazowo przekazania informacji przez ubezpieczającego do zakładu ubezpieczeń o zamiarze udzielenia takiego limitu kredytowego i otrzymania zgody zakładu ubezpieczeń udzielonej na piśmie.
5. Deklaracja uczestnictwa, o której mowa w ust.2, podpisywana jest przez ubezpieczonego przy zawieraniu umowy karty.

6. Wszystkie dane ubezpieczonych uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową poszczególnych ubezpieczonych, ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składki na rzecz zakładu ubezpieczeń, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych w terminach i wysokości określonej na zasadach przewidzianych w umowie ubezpieczenia. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek od wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest przez ubezpieczającego, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych miesięcznie przez cały okres trwania umowy karty zawartej przez danego ubezpieczonego, jednak za okres nie dłuższy niż do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia. Za dzień zapłaty składki uważa się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
3. Składka za danego ubezpieczonego obliczana jest jako iloczyn sumy ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego, liczonej według stanu na koniec cyklu rozliczeniowego oraz stawki taryfowej, zgodnie z umową ubezpieczenia.
4. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości i terminie wynikających z umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych, o których mowa w § 4 ust. 3 pkt a), rozpoczyna się w dniu aktywacji karty, czyli w dniu udostępnienia posiadaczowi karty możliwości korzystania z karty w systemie autoryzacyjnym w Banku, pod warunkiem wyrażenia zgody przez ubezpieczonego na objęcie ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia i opłacenia składki na zasadach, o których mowa w § 5 niniejszych SWU. W przypadku ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na zasadach określonych w § 4 ust. 3 pkt b) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu przystąpienia danego ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, pod warunkiem podpisania przez ubezpieczonego deklaracji uczestnictwa w umowie ubezpieczenia i opłacenia składki na zasadach, o których mowa w § 5 niniejszych SWU.
2. W przypadku niezapłacenia składki na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec każdego z ubezpieczonych kończy się w dniu zajścia któregokolwiek z poniższych zdarzeń:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 2) rozwiązania umowy karty,
 - 3) zajścia któregokolwiek ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w odniesieniu do ubezpieczonego,
 - 4) następnego dnia po dniu, w którym ubezpieczony ukończył 73 lata,
 - 5) zablokowania lub zastrzeżenia karty kredytowej Visa Electron ŻAGIEL ubezpieczonego, z którą związana jest umowa karty.
4. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, ustalonym zgodnie z ust.1-2, lub wypadku zaistniałego po tym dniu, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji w ciągu pierwszych 60 dni licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, ustalonego zgodnie z ust.1-2, oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 60 dni od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, ustalonego zgodnie z ust.1-2, a kończącego się po tym okresie.

6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu wymagający przeprowadzenia operacji rozpoczął się w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec danego ubezpieczonego, a zakończył się po tym okresie świadczenie nie przysługuje.
7. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy ubezpieczenia w ramach Ubezpieczenia na Życie Spłaty Zadłużenia Karty Visa Electron ŻAGIEL nie obejmuje ubezpieczonych, wobec których trwa nadal ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - 1) wskutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wskutek wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) wskutek niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 5 ust. 4 – z upływem dodatkowego terminu,
 - 4) w innych przypadkach wskazanych w umowie ubezpieczenia.
2. Od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową osób, zgłaszanych do ubezpieczenia po tym dniu.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez ważnego powodu, na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego, z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej na skutek wypadku jak i z przyczyn innych niż wypadek jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - 8) zatruciem/działaniem/pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową,
 - 10) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową).
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 1 oraz w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,

- 3) ciążą, porodem, położeniem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 6) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 7) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 8) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 9) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzeń wymienionych w §2 ust.3, jeżeli do ich spowodowania przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadek zaistniały przed tym dniem.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 10

1. Świadczenie z tytułu ryzyk, o których mowa w § 2 ust.3, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w wysokości sumy ubezpieczenia oraz odsetek obliczanych przez zakład ubezpieczeń, według przewidzianej umową karty stopy. Odsetki liczone są od zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia, za okres od dnia zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do dnia wypłaty świadczenia przez zakład ubezpieczeń z tytułu ryzyk, o których mowa w §2 ust.3, jednak za okres nie dłuższy niż 90 dni.
2. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie w wysokości określonej w ust.1, według jej stanu na dzień zgonu ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w wysokości określonej w ust.1 według stanu na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie zakładu ubezpieczeń w wysokości określonej w ust.1 liczone jest na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Zakład ubezpieczeń nie ponosi jednak odpowiedzialności, jeżeli w pierwszym dniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczony nie prowadził działalności mającej na celu osiągnięcie przychodu z tytułu jej wykonywania, w tym w szczególności nie pozostawał w stosunku pracy.
4. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w wysokości określonej w ust.1, według stanu na pierwszy dzień pobytu w szpitalu.
5. Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji przysługuje, jeżeli w następstwie wypadku lub choroby zaistniałych po raz pierwszy po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonego, ubezpieczony podlega pobytowi w szpitalu wymagającemu przeprowadzenia operacji.
6. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww.informacji od zakładu ubezpieczeń. Niezależnie od powyższego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.
7. Za dzień wypłaty świadczenia uznaje się dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń.

§ 11

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie złożonego przez uprawnionego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania..

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Koszty przeprowadzenia badań, o których mowa w ust. 3, ponosi zakład ubezpieczeń.
5. Uprawniony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
6. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 1, oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, w szczególności:
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - b) zaświadczenie o przyczynie zgonu (kartę zgonu),
 - c) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - d) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna)
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia ubezpieczonego,
 - b) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - c) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia,
 - d) dokument potwierdzający, czy ubezpieczony w pierwszym dniu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy prowadził działalność mającą na celu osiągnięcie przychodu z tytułu jej wykonywania,
 - e) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 3) w przypadku pobytu w szpitalu wymagającego przeprowadzenia operacji:
 - a) deklaracja uczestnictwa w umowie ubezpieczenia,
 - b) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - c) informacja o prawie do świadczenia, na formularzu stanowiącym załącznik do umowy ubezpieczenia,
 - d) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
7. Gdyby w terminie określonym w ust. 6 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
9. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku, gdy na dzień wypłaty świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia, wszelkie świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia ustalone są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami.
11. W sytuacji, o której mowa w art. 832 §2 kodeksu cywilnego, suma ubezpieczenia przypada ubezpieczającemu.

12. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 12

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić zakładowi ubezpieczeń uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie zakładu ubezpieczeń badaniu przez lekarzy wskazanych przez zakład ubezpieczeń lub obserwacji klinicznej.

§ 13

Jeżeli skutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w § 12, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający lub ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia uzyskania informacji o jego zaistnieniu.

§ 15

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności, chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia, o których mowa w ust.3, przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 16

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umowy ubezpieczenia, do której mają zastosowanie niniejsze SWU, właściwym jest prawo polskie.
3. Wszelkie obowiązki zakładu ubezpieczeń wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na zakład ubezpieczeń określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

za Zakład Ubezpieczeń

za Ubezpieczającego