

Szczególne warunki ubezpieczenia

Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców

„Ubezpieczenie spłaty zadłużenia” nr 9953

§1. Definicje

1. **„Klient”** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, wspólnicy spółki cywilnej, która zawarła Umowę o Kredyt z Ubezpieczającym.
2. **„Ubezpieczający”** – FM Bank Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
3. **„Towarzystwo”** – Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
4. **„Ubezpieczony/Współubezpieczony”** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem. W przypadku zawarcia Umowy kredytu z więcej niż jednym Kredytobiorcą (Współkredytobiorcami), i objęcia ich ochroną ubezpieczeniową, postanowienia Umowy dotyczące Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio w stosunku do wszystkich Współkredytobiorców objętych ochroną ubezpieczeniową (Współubezpieczeni).
5. **„Ubezpieczenie”** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie Umowy.
6. **„Data rozpoczęcia Ubezpieczenia”** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem.
7. **„Umowa”** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty zadłużenia” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
8. **„Umowa kredytu”** – umowa o kredyt gotówkowy oferowany w sieci sprzedaży Banku zawierana pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym.
9. **„Składka”** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu w ramach jednej Umowy kredytu.
10. **„Rocznica Umowy”** – w danym roku kalendarzowym dzień odpowiadający dniowi zawarcia Umowy, a jeżeli nie ma takiego dnia, następny dzień przypadający po dniu odpowiadającemu dniowi zawarcia Umowy.
11. **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – śmierć Ubezpieczonego, Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, stwierdzenie Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, diagnoza zachorowania na Poważną Chorobę określoną w §9 ust. 1 pkt 1)-4) oraz 7)-10) bądź przebycie przez Ubezpieczonego leczenia operacyjnego określonego w §9 ust. 1 pkt 5) i 6), Hospitalizacja, Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
12. **„Trwała niezdolność do pracy”** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
13. **„Czasowa niezdolność do pracy”** – czasowa i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jego dotychczasowej pracy, powstała na skutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.
14. **„Rok Ubezpieczenia”** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu.
15. **„Kapitał”** – kwota wynikająca z harmonogramu spłaty zadłużenia, obowiązującego w dniu zawarcia Umowy kredytu, obliczana na dzień Zdarzenia ubezpieczeniowego, ale nie więcej niż 300.000,00 (słownie: trzysta tysięcy) złotych.
16. **„Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia”** – deklaracja wypełniana przez Ubezpieczonego przed przystąpieniem do Ubezpieczenia.
17. **„Poważna Choroba”** – choroba lub schorzenie, o jakich mowa w §9 ust. 1 pkt 1)-4) oraz 7)-10) Szczególnych Warunków Ubezpieczenia lub operacja zdefiniowana w §9 ust. 1 pkt 5) oraz 6) Szczególnych Warunków Ubezpieczenia.
18. **„Nieszczęśliwy wypadek”** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała.
19. **„Choroba”** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
20. **„Hospitalizacja”** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych.
21. **„Uszkodzenie Ciała”** – fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku.
22. **„Szpital”** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych i wykonywania zabiegów chirurgicznych i zatrudniający w pełnym wymiarze godzin zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakkolwiek placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki zdrowia, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgniacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne, a także oddziały rehabilitacyjne.
23. **„Pacjent Stały”** – osoba, która podlega Hospitalizacji pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala i wpisem do rejestru pacjentów.

24. **„Uruchomienie Umowy kredytu”** – postawienie do dyspozycji Ubezpieczonego środków z tytułu Umowy kredytu.
25. **„Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny”** – niezależne od woli Ubezpieczonego, przypadkowe, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale pojazdu będącego w ruchu, rezultatem którego jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd będący w ruchu.

§2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ubezpieczenia uzależniony jest od pakietu wybranego przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia.
3. W ramach **pakietu FM Ochrona** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego oraz Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego.
4. W ramach **pakietu FM Ochrona Plus** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego, Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego oraz Hospitalizację na skutek Choroby lub Wypadku.
5. W ramach **pakietu FM Ochrona Ekstra** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego, Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Poważną Chorobę Ubezpieczonego oraz Hospitalizację na skutek Choroby lub Wypadku.
6. W ramach **pakietu FM Ochrona Premium** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego, Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Poważną Chorobę Ubezpieczonego oraz Hospitalizację na skutek Choroby lub Wypadku.
7. W ramach **pakietu FM Ochrona Premium Plus** zakres Ubezpieczenia obejmuje: Śmierć Ubezpieczonego, Trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego, Poważną Chorobę Ubezpieczonego, Hospitalizację na skutek Choroby lub Wypadku, Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.

§3. Kwalifikacja

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Klient, który spełnia łącznie poniższe warunki:
 - ukończył 18 lat w momencie zawarcia umowy kredytu,
 - wiek Ubezpieczonego / Współubezpieczonego w dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej (zgodnie z pierwotnym harmonogramem) nie przekroczy 65 roku życia.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca lub gdy klient kończy 18 lat w miesiącu podpisania Umowy kredytu, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który spełnia wymogi podane w niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia oraz podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia. W przypadku stwierdzenia w terminie trzech lat od dnia objęcia Ubezpieczeniem Klienta, że podał on świadomie nieprawdziwe informacje lub przystąpił do Ubezpieczenia mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłacone za niego Składki w pełnej wysokości.

§4. Rozpoczęcie, trwanie i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest dzień następujący po dniu zawarcia Umowy kredytu z Ubezpieczającym oraz wypełnienia przez Klienta Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia. Warunkiem rozpoczęcia Ubezpieczenia jest Uruchomienie Umowy kredytu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego w ramach jednej Umowy kredytu kończy się w dniu wystąpienia pierwszej z określonych poniżej okoliczności:
 - 1) upływu okresu, za który została opłacona Składka,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego,
 - 3) stwierdzenia stanu Trwałej niezdolności do pracy zgodnie z §7 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia u Ubezpieczonego,
 - 4) diagnozy zachorowania na Poważną Chorobę lub przebycia leczenia operacyjnego zgodnie z §9 (dotyczy Klientów objętych Ubezpieczeniem w ramach pakietu FM Ochrona Ekstra, FM Ochrona Premium oraz FM Ochrona Premium Plus zgodnie z §2 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia) u Ubezpieczonego,
 - 5) rezygnacji z Ubezpieczenia,
 - 6) z upływem okresu, na jaki została zawarta Umowa kredytu.
3. Z tytułu Śmierci, Trwałej niezdolności do pracy, Poważnej Choroby każdemu ze Współubezpieczonych może być wypłacone wyłącznie jedno świadczenie

- ubezpieczeniowe, niezależnie od liczby Zdarzeń ubezpieczeniowych, zgodnie z kwotą określoną w § 12.
- Z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby lub Wypadku oraz Czasowej niezdolności do pracy, jeśli zdarzenia te mają miejsce w tym samym czasie, może być wypłacone wyłącznie jedno świadczenie należne Ubezpieczającemu, zgodnie z kwotą określoną w § 12, ust. 6.
 - W przypadku wydłużenia okresu trwania Umowy kredytu ochrona ubezpieczeniowa trwa do dnia, w którym przy przystąpieniu do Ubezpieczenia pierwotnie miała obowiązywać Umowa kredytu, z zastrzeżeniem ust. 2 powyżej.

§5. Rezygnacja z Ubezpieczenia

- Ubezpieczony ma prawo do rezygnacji z Ubezpieczenia w okresie jego trwania.
- Rezygnacja z Ubezpieczenia przez jednego ze Współubezpieczonych lub wygaśnięcie Ubezpieczenia, a także rozwiązanie lub wypowiedzenie Umowy kredytu przed upływem terminu, na jaki została ona zawarta, dotyczy wszystkich Współubezpieczonych w ramach tej samej Umowy kredytu.
- Oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu.
- W przypadku rezygnacji z Ubezpieczenia lub wygaśnięcia Umowy kredytu przed upływem terminu, na jaki została ona zawarta, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu część Składki za niewykorzystany okres Ubezpieczenia. Ubezpieczenie, w stosunku do danego Ubezpieczonego, wygaśnie z upływem ostatniego dnia okresu odpowiadającego racie kredytu, w którym Ubezpieczający otrzymał pisemne oświadczenie o rezygnacji.

§6. Płatność świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego w trakcie okresu ubezpieczenia, świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Ubezpieczającemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż wysokość zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy. Różnica między kwotą wypłaconą Ubezpieczającemu a Sumą ubezpieczenia jest wypłacana małżonkowi Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.

§7. Płatność świadczenia w przypadku Trwałej niezdolności do pracy

- W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne świadczenie jest wypłacane Ubezpieczającemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia obliczonej na dzień decyzji Towarzystwa o uznaniu roszczenia, jednak nie więcej niż wysokość zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy. Różnica między kwotą wypłaconą Ubezpieczającemu a Sumą ubezpieczenia jest wypłacana Ubezpieczonemu.
- Od daty Nieszczęśliwego wypadku lub rozpoczęcia choroby powodującej niezdolność do pracy do czasu uznania jej za trwałą musi upłynąć przynajmniej 12 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwała niezdolność do pracy zostaje stwierdzona natychmiast i wyżej wymieniony okres 12 miesięcy nie obowiązuje.

§8. Płatność świadczenia w przypadku Czasowej niezdolności do pracy

- W przypadku stwierdzenia przez Towarzystwo Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego należne świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane Ubezpieczającemu pod warunkiem, że Czasowa niezdolność do pracy trwała nieprzerwanie przez okres nie krótszy niż 60 dni. Należne świadczenie za jeden miesiąc Czasowej niezdolności do pracy równe jest Sumie Ubezpieczenia określonej w ust. 6 §12 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia.
- Świadczenie płatne jest wstecznie po 60. dniu trwania Czasowej niezdolności do pracy za każde pełne 30 dni potwierdzonego stanu Czasowej niezdolności do pracy.

Maksymalna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 6 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i 12 z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych. Maksymalna suma tych świadczeń nie może przekroczyć odpowiednio:

- dla 6 świadczeń: 15.000,00 (piętnaście tysięcy) zł – dla pakietów FM Ochrona, FM Ochrona Plus i FM Ochrona Ekstra; 10.000,00 (dziesięć tysięcy) zł – dla pakietu FM Ochrona Premium; 6.500,00 (sześć tysięcy pięćset) zł – dla pakietu FM Ochrona Premium Plus oraz
- dla 12 świadczeń: 30.000,00 (trzydzieści tysięcy) zł dla pakietów FM Ochrona, FM Ochrona Plus i FM Ochrona Ekstra; 20.000,00 (dwadzieścia tysięcy) zł – dla pakietu FM Ochrona Premium; 12.500,00 (dwanaście tysięcy pięćset) – dla pakietu FM Ochrona Premium Plus.

Maksymalna liczba świadczeń miesięcznych nie może również przekroczyć liczby rat kredytu pozostałych do spłaty od daty uznania roszczenia.

- Świadczenie z tytułu kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone, jeżeli od momentu wypłaty ostatniej raty świadczenia z tytułu poprzedniego zdarzenia ubezpieczeniowego upłynie okres nie krótszy niż 12 następujących po sobie miesięcy.

- Wypłata świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy kończy się:
 - z upływem dnia zakończenia stanu udokumentowanej Czasowej niezdolności do pracy,
 - z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - z upływem dnia uznania stanu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - z chwilą nabycia uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych,
 - z upływem dnia, kiedy Ubezpieczony jest w stanie podjąć swoją dotychczasową pracę,
 - z upływem dnia, kiedy Ubezpieczony uzyska prawo do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych lub świadczeń rentowych lub zasiłku dla bezrobotnych,
 - z upływem dnia wygaśnięcia Umowy kredytu lub w ostatnim dniu wypowiedzenia Umowy kredytu.

Decyzja Towarzystwa o uznaniu Czasowej niezdolności do pracy zostanie podjęta w terminie 14 dni w oparciu o przedstawione przez Ubezpieczonego zwołania lekarskie lub decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, potwierdzające Czasową niezdolność do pracy.

§9. Płatność świadczenia w przypadku zachorowania na Poważną Chorobę

- W rozumieniu Umowy poniższe terminy oznaczają:
 - nowotwór – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe. Wyłączone są nieinwazyjne raki in-situ, guzy w obecności wirusa HIV oraz wszelkie raki skóry (poza wspomnianym czerniakiem złośliwym),
 - zawał mięśnia sercowego – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego w wyniku jego niedokrwienia rozpoznane jednoznacznie na podstawie wymienionych poniżej objawów występujących łącznie:
 - rozpoznany w wywiadzie medycznym typowy ból w klatce piersiowej wskazujący na chorobę niedokrwinną serca,
 - świeże zmiany elektrokardiograficzne,
 - podwyższony poziom enzymów sercowych,
 - niewydolność nerek – schyłkowa niewydolność nerek na skutek przewlekłego nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek, udokumentowana regularnym odbywaniem przez Ubezpieczonego dializy nerek / dializy otrzewnowej, hemodializy / lub przebiegiem przeszczepu nerki,
 - udar mózgu – nagły epizod krążeniowo-mózgowy wywołujący trwale następstwa neurologiczne (trwające dłużej niż 24 godziny), któremu towarzyszy trwały ubytek neurologiczny, w tym:
 - zawał tkanki mózgowej,
 - krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego.Uznanie powyższej jednostki chorobowej wymaga udokumentowania trwałych następstw neurologicznych. Wykluczone zostały przypadki przemijającego niedokrwienia mózgu,
 - choroba wieńcowa wymagająca leczenia operacyjnego – przebieg w następstwie objawów duszniczych bolesnej operacji serca z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego w celu likwidacji zwężenia lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (by-pass) z użyciem pomostów naczyniowych z żyły odpiszczelowej lub sutkowej wewnętrznej, z wyłączeniem przeszkołnej plastyki balonowej i innych technik nieoperacyjnych (w tym technik laserowych). Uznanie roszczenia wymaga udokumentowania / rozpoznania choroby podstawowej wynikami badań angiograficznych,
 - przeszczepienie narządów – leczenie operacyjne Ubezpieczonego obejmujące:
 - przeszczep szpiku kostnego przy użyciu krwiotwórczych komórek macierzystych poprzedzone całkowitym zniszczeniem szpiku (ablacją),
 - przeszczepienie jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serce, płuca, wątroba, nerki, trzustka, które jest wynikiem nieodwracalnego i schyłkowego upośledzenia wymienionych narządów.Pozostałe rodzaje transplantacji komórek macierzystych są wykluczone,
 - stwardnienie rozsiane – choroba charakteryzująca się demielinizacją w mózgu i rdzeniu kręgowym. Diagnoza powinna być jednoznaczna i wymagane jest potwierdzenie przez specjalistę neurologa więcej niż jednego epizodu właściwie określonego deficytu neurologicznego z utrzymującymi się objawami zajęcia nerwów wzrokowych pnia mózgu i rdzenia kręgowego z równoczesnym osłabieniem koordynacji oraz funkcji ruchowej i czuciowej. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem stwierdzenia u Ubezpieczonego inwalidztwa przekraczającego 75% potwierdzonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo,
 - choroba Parkinsona – wystąpienie choroby Parkinsona połączone z utrwalonym ubytkiem neurologicznym, który powoduje trwałą niezdolność do samodzielnego wykonywania co najmniej dwóch z następujących czynności życia codziennego: poruszanie się (mobilność) – zdolność do samodzielnego poruszania się na jednym poziomie, kładzenia się do łóżka i wstawania z łóżka, siadania na krześle i zsiadania z krzesła, bez fizycznej pomocy innej osoby; kontrola zwieraczy – świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu umożliwiającą zachowanie higieny osobistej; ubieranie – samodzielne ubieranie i rozbieranie się; korzystanie z toalety – zdolność do udania się i powrotu z toalety, zdolność do skorzystania z toalety i utrzymania związanej z tym higieny; jedzenie – samodzielne spożywanie przygotowanego posiłku,

- 9) utrata wzroku – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata wzroku obu oczu na skutek choroby, której rozpoznanie potwierdzą klinicznie lekarz okulista i lekarz powołany przez Towarzystwo,
- 10) paraliż – całkowita, nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (duplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.
2. W przypadku zajścia jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w ust. 1 powyżej, należne świadczenie jest wypłacane Ubezpieczającemu w wysokości równej Sumie ubezpieczenia na dzień diagnozy jednej z chorób wymienionych w ust. 1 pkt 1)-4) oraz 7)-10) bądź stwierdzenia konieczności jednej z operacji, o których mowa w ust. 1 pkt 5) i 6) powyżej, jednak nie więcej niż wysokość zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego, o której mowa w §12 ust. 1 pkt b), zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy. Różnica między kwotą wypłaconą Ubezpieczającemu a Sumą ubezpieczenia jest wypłacana Ubezpieczonemu.

§10. Płatność świadczenia w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego

1. W razie Hospitalizacji Ubezpieczonego należne świadczenie w wysokości określonej w §12 ust. 6 zostanie wypłacone zgodnie z poniższym wskazaniem, pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która ujawniła się lub Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji jako Pacjent Stały co najmniej 7 pełnych dob.
 Pierwsze świadczenie płatne jest Ubezpieczonemu po 7. dobie trwania Hospitalizacji, kolejne świadczenia wypłacane są Ubezpieczającemu: drugie świadczenie – po 30. dobie trwania Hospitalizacji, trzecie i następne świadczenia płatne są po pełnych 30 dobach trwania Hospitalizacji, tj. trzecie świadczenie – po 60 dobach, czwarte – po 90 dobach trwania Hospitalizacji itd. Należne świadczenie równe jest Sumie Ubezpieczenia określonej w ust. 6 §12 Szczególnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Maksymalna liczba miesięcznych świadczeń określonych powyżej w ust. 1 nie może przekroczyć 6 z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego i 12 z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych.
 Maksymalna suma tych świadczeń nie może przekroczyć odpowiednio:
 - dla 6 świadczeń: 15.000,00 (piętnaście tysięcy) zł – dla pakietów FM Ochrona, FM Ochrona Plus i FM Ochrona Ekstra; 10.000,00 (dziesięć tysięcy) zł – dla pakietu FM Ochrona Premium; 6.500,00 (sześć tysięcy pięćset) zł – dla pakietu FM Ochrona Premium Plus oraz
 - dla 12 świadczeń: 30.000,00 (trzydzieści tysięcy) zł dla pakietów FM Ochrona, FM Ochrona Plus i FM Ochrona Ekstra; 20.000,00 (dwadzieścia tysięcy) zł – dla pakietu FM Ochrona Premium; 12.500,00 (dwanaście tysięcy pięćset) – dla pakietu FM Ochrona Premium Plus.
 Maksymalna liczba świadczeń miesięcznych nie może również przekroczyć liczby rat kredytu pozostałych do spłaty od daty uznania roszczenia.
3. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem lub Chorobą, chyba że okres między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§11. Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

1. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego nastąpi w trakcie okresu Ubezpieczenia, zarówno w trakcie trwania umowy kredytowej, jak i po jej wcześniejszym zakończeniu, należne świadczenie, w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §12 ust. 5, jest wypłacana małżonkowi Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
2. Świadczenie jest wypłacane niezależnie od innych świadczeń przewidzianych Umową, jeżeli łącznie:
 - a) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty wyżej wymienionego wypadku i
 - b) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego było Uszkodzenie ciała spowodowane tym wypadkiem.

§12. Suma ubezpieczenia

1. Dla **pakietu FM Ochrona, FM Ochrona Plus, FM Ochrona Ekstra** Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci, Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Poważnej Choroby stanowi iloraz mniejszej z wartości:
 - a) 300.000,00 (słownie: trzystu tysięcy) złotych, albo
 - b) kwoty Kapitału pozostającego do spłaty zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy kredytu, powiększonej o odsetki za okres od daty wymagalności ostatniej raty przed zdarzeniem do dnia wystąpienia zdarzenia,
 i liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

2. Dla **pakietu FM Ochrona Premium** Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego stanowi iloraz mniejszej z wartości:
 - a) 100.000,00 (słownie: stu tysięcy) złotych, albo
 - b) kwoty Kapitału pozostającego do spłaty zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy kredytu, powiększonej o odsetki za okres od daty wymagalności ostatniej raty przed zdarzeniem do dnia wystąpienia zdarzenia,
 i liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
3. Dla **pakietu FM Ochrona Premium** Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnej Choroby stanowi iloraz mniejszej z wartości:
 - a) 50.000,00 (słownie: pięćdziesięciu tysięcy) złotych, albo
 - b) połowy kwoty Kapitału pozostającego do spłaty zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy kredytu, powiększonej o odsetki za okres od daty wymagalności ostatniej raty przed zdarzeniem do dnia wystąpienia zdarzenia,
 i liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
4. Dla **pakietu FM Ochrona Premium Plus** Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci stanowi iloraz mniejszej z wartości:
 - a) 60.000,00 (słownie: sześćdziesięciu tysięcy) złotych, albo
 - b) 200% kwoty Kapitału pozostającego do spłaty zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy kredytu, powiększonej o odsetki za okres od daty wymagalności ostatniej raty przed zdarzeniem do dnia wystąpienia zdarzenia,
 i liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu i wypłacana jest w równych częściach:
 - 100% – Ubezpieczającemu,
 - 100% – małżonkowi Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenie zostanie wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku dzieci świadczenie zostanie wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku rodziców świadczenie to zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
5. Dla **pakietu FM Ochrona Premium Plus** Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Poważnej Choroby oraz Śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego stanowi iloraz mniejszej z wartości:
 - a) 30.000,00 (słownie: trzydziestu tysięcy) złotych, albo
 - b) kwoty Kapitału pozostającego do spłaty zgodnie z harmonogramem Umowy kredytu obowiązującym na dzień zawarcia umowy kredytu, powiększonej o odsetki za okres od daty wymagalności ostatniej raty przed zdarzeniem do dnia wystąpienia zdarzenia,
 i liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
6. Suma ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy oraz Hospitalizacji – stanowi iloraz wartości miesięcznej raty zgodnie z harmonogramem obowiązującym na dzień zawarcia umowy spłaty zadłużenia i liczby Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.

§13. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym wieku i płci Ubezpieczonych, oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy, a także charakterystyki Umów kredytowych, w tym faktycznego okresu ich obowiązywania.
2. Składka jest płacona Towarzystwu przez Ubezpieczającego w złotych polskich za cały okres Ubezpieczenia Współubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu.
3. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki w terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia Składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania pod rygorem wygaśnięcia ochrony w przypadku nieopłacenia Składki w odniesieniu do tych Klientów, za których składka nie została opłacona.

§14. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Śmierć, Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwała niezdolność do pracy, Czasowa niezdolność do pracy, Poważna Choroba oraz Hospitalizacja były bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo związane z:
 - 1) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub substancji psychotropowych albo środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków ograniczających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 2) działaniami wojennymi, rozruchami, stanem wojennym lub aktami terroryzmu,
 - 3) samobójstwem, samookaleceniem Ubezpieczonego lub okaleceniem na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 4) nadużywaniem lub uzależnieniem od alkoholu lub narkotyków przez Ubezpieczonego,
 - 5) skażeniem radioaktywnym,
 - 6) usiłowaniem popełnienia lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwała niezdolność do pracy była bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo związana z:

- 1) chorobą psychiczną lub zaburzeniami nerwowymi,
 - 2) nieudaną próbą samobójstwa klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 3) niezdolnością do pracy spowodowaną wszystkimi dolegliwościami subiektywnymi niedokumentowanymi wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych itp.
3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy była bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo związana z:
- 1) nieudaną próbą samobójstwa klienta, niezależnie od stanu poczytalności, w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa, dyskopatią, zespołami korzeniowymi, zespołami bólów kręgosłupa, z wyjątkiem zmian patologicznych kręgosłupa o innym charakterze, udowodnionych badaniami lekarskimi,
 - 3) niezdolnością do pracy spowodowaną wszystkimi dolegliwościami subiektywnymi niedokumentowanymi wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych itp.,
 - 4) chorobą psychiczną lub zaburzeniami nerwowymi.
4. Świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja wynika bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo lub jest związana z:
- 1) bólami pleców, krzyża i schorzeniami powiązаныmi, chyba że istnieją wyniki badań radiologicznych potwierdzające powyższe schorzenie,
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą umową,
 - 4) wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 5) wszelkimi Chorobami nerwowymi i umysłowymi, leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub środków o podobnym działaniu.
- Za Hospitalizację nie jest uważana kuracja wypoczynkowa, jakkolwiek opieka bądź leczenie w ośrodku zdrowia, ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji bądź w oddziale rehabilitacyjnym.

§15. Roszczenia

Podstawą rozpatrywania roszczeń jest przedstawienie dokumentów wskazanych w niniejszym paragrafie. Wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane Towarzystwu w formie oryginału, kopii poświadczonych notarialnie lub kopii potwierdzonej przez Bank. Ubezpieczający lub Ubezpieczony może żądać zwrotu oryginału dokumentu, po przedłożeniu go Towarzystwu w sposób umożliwiający potwierdzenie kopii dokumentu za zgodność z oryginałem.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego jego Spadkobierca lub inna osoba kontaktuje się z Ubezpieczającym pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego, lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Ubezpieczający na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia, tj. Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja zgonu), stanowiący załącznik nr 6, który po uzupełnieniu wraz z:

- kopią/odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego, przy czym kopia powinna być potwierdzona notarialnie lub przez Ubezpieczającego,
- kopią statystycznej karty zgonu lub jakimkolwiek dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu (w przypadku braku wypełnionego formularza przez lekarza),
- kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub o podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,

zostają odesłane na adres Ubezpieczającego.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu. W przypadku otrzymania niekompletnego wniosku Towarzystwo występuje do stosownych instytucji lub osób w celu podjęcia decyzji o wypłacie roszczenia.

2. Trwała niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularze: Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja całkowitego i trwałego inwalidztwa), stanowiący załącznik nr 6, który po wypełnieniu wraz z:

- kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
- orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- kopią dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy,
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgła-

szająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub o podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,

- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,

zostają przekazane Ubezpieczającemu.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

3. Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularze: Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja czasowej niezdolności do pracy), stanowiący załącznik nr 6, który po wypełnieniu wraz z:

- kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
- dokumentacją medyczną potwierdzającą przyczynę Czasowej niezdolności do pracy,
- zwolnieniem lekarskim lub orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającym Czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
- dokumentacją potwierdzającą prowadzenie przez Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia Czasowej niezdolności do pracy działalności gospodarczej lub uzyskiwania dochodu z tytułu stosunku pracy,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub o podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,

zostają przekazane Ubezpieczającemu.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

4. Zachorowanie na Poważną Chorobę Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularze: Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja zachorowania na poważną chorobę), stanowiący załącznik nr 6, który po wypełnieniu wraz z:

- kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
- kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej zachorowanie na Poważną Chorobę lub przebieg operacji,

zostają przekazane Ubezpieczającemu.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

5. Hospitalizacja Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w placówce Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularze: Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja hospitalizacji), stanowiący załącznik nr 6, który po wypełnieniu powinien zostać niezwłocznie odesłany do Towarzystwa wraz z:

- kopią Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
- kopią dokumentacji medycznej Ubezpieczonego,
- kartą leczenia szpitalnego lub innym dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego,
- kopią protokołu powypadkowego z policji, prokuratury, sądu, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku,
- kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy.

6. Badanie medyczne

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS,
- przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tej weryfikacji i badań.

7. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
2. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub odpowiednio zmniejszyć świadczenie. Bezsporną część świadczenia Towarzy-

stwo powinno spełnić w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wymaganych dokumentów.

4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

8. Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania pisemnego wniosku Ubezpieczonego, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

§16. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesłane na adres siedziby Towarzystwa do Działu Obsługi Klienta. Towarzy-

stwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź.

2. W przypadku nieuznania skargi lub zażalenia przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych.

§17. Podatki

Wszelkie podatki winny być uiszczane zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności zgodnie z przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

§18. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane będą rozstrzygane przez sąd właściwy albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy.

§19. Prawo właściwe

Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.

Warszawa, dnia 1 listopada 2010 r.



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

W przypadku szczegółowych pytań dotyczących produktu ubezpieczeniowego prosimy o kontakt z infolinią Towarzystwa – dostępną pod numerem telefonu +48 22 523 52 64 w godzinach 8.00-18.00 od poniedziałku do piątku.