

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO POŻYCZKOBIORCÓW o indeksie PM/03/2010

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców oznaczone indeksem PM/03/2010 stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców na Życie (POLISA NR MERITUM/08) (Umowa Ubezpieczenia), zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Meritum Bank ICB S.A.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców o indeksie PM/03/2010 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **„Choroba”** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu Ubezpieczonego na działanie czynnika chorobotwórczego prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
- 2) **„Deklaracja Ubezpieczeniowa”** – oświadczenie woli Pożyczkobiorcy, złożone na formularzu Ubezpieczyciela stanowiącym odrębny dokument lub część Umowy pożyczki, udostępnionym przez Ubezpieczającego, na mocy którego Pożyczkobiorca wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
- 3) **„Dzień przystąpienia do ubezpieczenia”** – dzień złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej i podpisanej Deklaracji Ubezpieczeniowej przez Pożyczkobiorcę;
- 4) **„Dzień zajścia zdarzenia”** –
 - a) w przypadku **śmierci** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w orzeczeniu, lub w przypadku braku wskazania dnia w orzeczeniu, za dzień wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania orzeczenia;
- 5) **„Harmonogram spłat”** – dokument opracowany przez Pożyczkodawcę dla potrzeb danej Umowy pożyczki, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych rat pożyczki należnych Pożyczkodawcy z tytułu zawartej Umowy pożyczki, w tym wskazujący wysokość salda zadłużenia po spłacie każdej z rat pożyczki;
- 6) **„Pożyczka”** – pożyczka hipoteczna udzielona Pożyczkobiorcy przez Pożyczkodawcę zgodnie z regulacjami Pożyczkodawcy;
- 7) **„Pożyczkobiorca”** – osoba lub osoby fizyczne, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki;
- 8) **„Pożyczkodawca”** – Meritum Bank ICB S.A. udzielający pożyczki na podstawie wewnętrznych regulacji obowiązujących w Banku;
- 9) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle zdarzenie spowodowane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani od stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
- 10) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
- 11) **„Okres ubezpieczenia”** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, rozpoczynający się w dniu uruchomienia pożyczki nie wcześniej jednak niż w dniu przystąpienia do ubezpieczenia i trwający 36 miesięcy (pierwszy okres ubezpieczenia), następnie, o ile Ubezpieczony nie złoży rezygnacji, przedłużany na kolejne miesięczne okresy ubezpieczenia. W przypadku Umowy pożyczki, zawartej na okres krótszy niż 36 miesięcy, pierwszy okres ubezpieczenia jest równy okresowi na który została zawarta Umowa pożyczki, przy czym pierwszy okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż 24 miesiące.
- 12) **„Orzeczenie”** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres nie krótszy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyl uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres nie krótszy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
- 13) **„Rata pożyczki”** – kwota należna Pożyczkodawcy za dany miesiąc trwania Umowy pożyczki, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w aktualnie obowiązującym harmonogramie spłat. Rata pożyczki obejmuje kwotę kapitału pożyczki oraz odsetki należne do zapłaty, zgodnie z oprocentowaniem oraz na warunkach wskazanych w Umowie pożyczki;
- 14) **„Saldo zadłużenia”** – zobowiązanie Pożyczkobiorcy wobec Pożyczkodawcy w danym dniu, wynikające z Umowy pożyczki, obejmujące kapitał pożyczki do spłaty;
- 15) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego;
- 16) **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 17) **„Świadczenie ubezpieczeniowe”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU), w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 18) **„Trwała i całkowita niezdolność do pracy”** – stan niesprawności Ubezpieczonego, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU,
- 19) **„Ubezpieczający”** – Pożyczkodawca – Meritum Bank ICB S.A.;
- 20) **„Ubezpieczony”** – Pożyczkobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU oraz Deklaracji Ubezpieczeniowej;
- 21) **„Ubezpieczyciel”** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (00-513 Warszawa, ul. Nowogrodzka 11), podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU;
- 22) **„Umowa pożyczki”** – Umowa pożyczki zawarta pomiędzy Pożyczkodawcą a Pożyczkobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Pożyczkodawcy;
- 23) **„Umowa Ubezpieczenia”** – Umowa Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców na Życie (POLISA NR MERITUM/08), zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Meritum Bank ICB S.A.;

- 24) „Uprawniony” – Ubezpieczający lub Ubezpieczony uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych SWU;
- 25) „Wiek Ubezpieczonego” – różnica pomiędzy odpowiednio datą przystąpienia do Ubezpieczenia, datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, datą wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia lub inną datą niezbędną do właściwej realizacji postanowień Umowy Ubezpieczenia a datą urodzenia Ubezpieczonego;
- 26) „Zdarzenie ubezpieczeniowe” – zdarzenie wymienione w niniejszych SWU, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę świadczenia;
- 27) „Wcześniejsza spłata” – spłata przez Ubezpieczonego zadłużenia z tytułu Umowy pożyczki przed dniem wskazanym w aktualnym harmonogramie spłat jako dzień spłaty ostatniej raty pożyczki;

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) śmierć,
 - b) trwałą i całkowitą niezdolność do pracy.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każdy Pożyczkobiorca, który najpóźniej w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Pożyczkobiorca:
 - a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową wraz deklaracją dobrego stanu zdrowia;
 - b) zawarł z Pożyczkodawcą Umowę pożyczki, w ramach której udzielona kwota pożyczki nie przekracza kwoty 300.000 zł. lub gdy jego łączne zadłużenie na dzień przystąpienia do ubezpieczenia, z tytułu zawartych przez niego Umów pożyczek, przy których występuje jako Ubezpieczony na podstawie Umowy ubezpieczenia, nie przekracza 300.000 zł.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu uruchomienia pożyczki, jednak nie wcześniej niż w dniu przystąpienia do ubezpieczenia (w rozumieniu niniejszych SWU - art. 1 pkt 3).
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami art. 9.
3. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu trwania Umowy pożyczki;
 - 2) w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, w dniu zajścia zdarzenia;
 - 3) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - 4) w ostatnim dniu okresu za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
 - 5) w ostatnim dniu miesiąca w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - 6) w dniu, w którym składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia oraz nie została przez niego wpłacona;
 - 7) z upływem terminu rezygnacji z ubezpieczenia złożonej przez Ubezpieczonego wskazanego w art. 5 ust.2;
 - 8) w dniu wcześniejszej spłaty pożyczki;w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. W przypadku pierwszego okresu ubezpieczenia rezygnację uznaje się za skuteczną z dniem poprzedzającym dzień płatności kolejnej Raty pożyczki według aktualnego Harmonogramu spłaty następującym po dniu, w którym Ubezpieczający otrzymał pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia od Ubezpieczonego.
3. W przypadku następujących po sobie miesięcznych okresach ubezpieczenia rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka ubezpieczeniowa, w którym Ubezpieczający otrzymał pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia od Ubezpieczonego.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek w terminie i wysokości wskazanej w Umowie Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu przed podpisaniem przez niego Deklaracji ubezpieczeniowej informacji o warunkach zawartej Umowy Ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego oraz do wydania Ubezpieczonemu niniejszych SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do przyjmowania od Ubezpieczonego wszelkich dyspozycji związanych z Umową Ubezpieczenia, do których upoważniony został przez Ubezpieczyciela, w tym do przyjmowania, od osób zgłaszających zdarzenie, wniosków o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego na Druku Zgłoszenia Roszczenia do tego przeznaczonym wraz niezbędnymi z dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych SWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z ich przystąpieniem do ubezpieczenia, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy zostali zgłoszeni lub wnioskowali o przyjęcie do ubezpieczenia.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia (Deklaracja Ubezpieczeniowa) oraz wniosek o wypłatę świadczenia (Druk Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
3. W przypadku wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarza leczeniu, w celu złagodzenia skutków zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W celu ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, na prośbę Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela oraz na koszt Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, pozyskane w ten sposób przez Ubezpieczyciela, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z ustaleniem zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, w terminach i na warunkach wskazanych w Umowie Ubezpieczenia.
2. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego lub wcześniejszej spłaty oraz gdy Ubezpieczony wystąpił, za pośrednictwem Ubezpieczającego, o zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą składkę Ubezpieczającemu, za niewykorzystany okres ochrony, przy najbliższym rozliczeniu składek na warunkach wskazanych w Umowie Ubezpieczenia.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki, natomiast Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości przy najbliższym rozliczeniu składek.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy jest równa saldu zadłużenia z dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanemu w aktualnym harmonogramie spłat, przy czym nie więcej niż 300.000 zł.
2. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy pożyczki objętych zostało więcej Pożyczkobiorców niż jeden, suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

W przypadku śmierci Ubezpieczonego albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10.

ART 12. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia wskazuje Pożyczkodawcę jako Uprawnionego do otrzymania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 2-3 niniejszego artykułu.
2. W przypadku pozyskania przez Ubezpieczonego świadczenia w wysokości wyższej niż istniejące zadłużenie, kwota przewyższająca saldo zadłużenia należąca z tytułu:
 - trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wypłacona zostanie Ubezpieczonemu,
 - śmierci Ubezpieczonego, kwota należąca z tytułu śmierci wypłacona zostanie następującym osobom w kolejności:
 - a) małżonkowi;
 - b) dzieciom Ubezpieczonego w równych częściach – w przypadku braku osoby wskazanej w pkt a) niniejszego ustępu, lub gdy osoba ta nie żyje lub utraciła prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) rodzicom Ubezpieczonego w równych częściach – w przypadku braku osób wymienionych w pkt a)-b) niniejszego ustępu, lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d) prawnym spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i Skarbu Państwa - w przypadku braku osób wymienionych w pkt a)-c) niniejszego ustępu lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku, gdy osoba wskazana w ust. 2 lit. a)-d) niniejszego artykułu umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego, udział w świadczeniu przysługujący tej osobie wypłacony zostanie pozostałym osobom uprawnionym do świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ust. 2.
4. W przypadku, gdy z tytułu jednej Umowy pożyczki objętych ochroną ubezpieczeniową zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, świadczenie ubezpieczeniowe należne poszczególnemu Ubezpieczonemu jest wypłacane w granicach przysługującej mu sumy ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 2.

ART 13. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczającemu zajście zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim Druku Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę świadczenia były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Ubezpieczającego lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wskazane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na jęz. polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego Druku Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą zdarzenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, od dnia otrzymania Druku Zgłoszenia Roszczenia.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w Druku Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osobę zgłaszającą zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową

odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osobę zgłaszającą zdarzenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Ubezpieczającego, natomiast, w przypadku ustalenia praw do wypłaty świadczenia innemu Uprawnionemu, na rachunek bankowy innego Uprawnionego.
9. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zajścia zdarzenia jest przekazanie przez Ubezpieczającego Deklaracji Ubezpieczeniowej wraz z harmonogramem spłat sporządzonym bezpośrednio przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego oraz informacją o wysokości salda zadłużenia z tytułu Umowy pożyczki na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz przez osobę zgłaszającą zdarzenie Druku Zgłoszenia Roszczenia wraz dołączonymi następującymi dokumentami:
 - a) w przypadku **śmierci**:
 - odpisem aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczeniem o przyczynie śmierci Ubezpieczonego (karta zgonu);
 - innymi dokumentami wymaganymi przez Ubezpieczyciela, niezbędnymi do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - b) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU;
 - dokumentem określającym przyczynę niezdolności do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący zajście nieszczęśliwego wypadku jak raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek był przyczyną zdarzenia);
 - innymi dokumentami wymaganymi przez Ubezpieczyciela, niezbędnymi do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

ART 14. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli **śmierć** Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - b) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych i leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - g) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
 - h) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - i) posługiwania się przez Ubezpieczonego bronią palną lub innymi materiałami wybuchowymi.
2. W przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
 - b) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - e) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio, rozpoznanych i leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - f) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - g) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
 - h) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
 - i) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - j) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - k) posługiwania się przez Ubezpieczonego bronią palną lub innymi materiałami wybuchowymi.

ART 15. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy Ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r. Nr. 14, poz. 176, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy Ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r. Nr. 54, poz. 654 z późn. zm.).

ART 16. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Skargi lub zażalenia mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi, w siedzibie Ubezpieczyciela, osobiście lub w innej wybranej formie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia w tej samej formie, w jakiej były one złożone lub w innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
3. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Zarządu Ubezpieczyciela.

ART 17. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą być wytoczone przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby wnoszącego roszczenie.

ART 18. SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.