



WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A.

Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A. zawartej dnia 4 stycznia 2006 roku, na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna (po przeniesieniu portfela ubezpieczeń, na podstawie umowy zawartej pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna, zatwierdzonego decyzją Komisji Nadzoru Finansowego) świadczy Ochronę ubezpieczeniową osobom, którym Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna udzielił kredytu gotówkowego na podstawie Umowy kredytowej.

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ilekroć poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Aktywność zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, w szczególności wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, umowy o świadczenie usług, doradztwa, stosunku członkostwa w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, działalności gospodarczej, w tym prowadzonej wraz z innymi osobami, działalności wytwórczej w rolnictwie; za Aktywność zarobkową nie jest uważana sprzedaż rzeczy stanowiących osobisty majątek oraz praca twórcza Ubezpieczonego, chyba że stanowi ona zwykły sposób zarabkowania;
 - 2) **Bezrobotny** – osoba zarejestrowana jako bezrobotna w właściwym powiatowym urzędzie pracy, której przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych, zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy. Przyjmuje się, że dniem uzyskania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego jest pierwszy dzień okresu, za który Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla bezrobotnych, wskazany w decyzji właściwego powiatowego urzędu pracy;
 - 3) **Certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową;
 - 4) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) w przypadku Utraty przez Ubezpieczonego zdolności do pracy – dzień powstania Niezdolności do pracy wskazany w orzeczeniu lub zaświadczeniu, wydanym przez lekarza albo organ rentowy. W przypadku, gdy orzeczenie lub zaświadczenie nie wskazuje dnia powstania Niezdolności do pracy, za Dzień powstania Niezdolności do pracy przyjmuje się dzień wydania orzeczenia lub zaświadczenia, potwierdzającego Niezdolność do pracy;
 - b) w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego:
 - I. dzień rozwiązania umowy o pracę – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 18 lit. a),
 - II. dzień wykreślenia wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (bądź odpowiednio – wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej) – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 18 lit. b),
 - III. dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub dzień wydania postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszeniu upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczających środków na pokrycie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 18 lit. c),
 - IV. dzień wygaśnięcia mandatu posła lub senatora - w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 18 lit. d);
 - 5) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, której Ubezpieczający udzielił kredytu gotówkowego na podstawie Umowy kredytowej;
 - 6) **Nieszczęśliwy wypadek** – nagle zdarzenie powstałe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszczerbku na zdrowiu; Nieszczęśliwy wypadek może mieć miejsce na całym świecie;
 - 7) **Niezdolność do pracy** – brak zdolności do wykonywania pracy zarobkowej przez Ubezpieczonego, powstały i utrzymujący się na skutek naruszenia czynności organizmu wskutek choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, zaistniałych w okresie udzielanej Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej i w okresie podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu, potwierdzony zgodnie z obowiązującymi powszechnie przepisami prawa przez organ rentowy albo lekarza niebędącego Osobą bliską względem Ubezpieczonego; nie uważa się za niezdolnego do pracy Ubezpieczonego, który wykazuje jakąkolwiek Aktywność zarobkową;
 - 8) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) **Osoby bliskie względem Ubezpieczonego** – małżonek Ubezpieczonego, osoba pozostająca z Ubezpieczonym w konkubinacie, dzieci, rodzice, rodzice rodziców i rodzeństwo Ubezpieczonego, małżonkowie dzieci i rodzeństwa Ubezpieczonego, rodzice i rodzeństwo małżonka Ubezpieczonego, jak również rodzeństwo rodziców Ubezpieczonego oraz małżonka Ubezpieczonego;
 - 10) **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia alkoholu we krwi co najmniej 0,2 ‰ albo
 - b) obecności alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm³;
 - 11) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna;
 - 13) **Ubezpieczenie chorobowe** – ubezpieczenie społeczne w razie choroby i macierzyństwa określone we właściwych przepisach powszechnie obowiązującego prawa, mające charakter ubezpieczenia obowiązkowego, bądź dobrowolnego;
 - 14) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia;
 - 15) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych Spółka Akcyjna;
 - 16) **Umowa kredytowa** – umowa o udzielenie kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, określająca wysokość oraz warunki spłaty kredytu gotówkowego;
 - 17) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A., zawarta dnia 4 stycznia 2006 roku, na podstawie której Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową osobom, którym Ubezpieczający udzielił kredytu gotówkowego na podstawie Umowy kredytowej;
 - 18) **Utrata pracy** – zdarzenie, mające miejsce w okresie udzielanej Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej, polegające na:
 - a) rozwiązaniu, w rozumieniu przepisów prawa pracy, umowy o pracę za wypowiedzeniem przez pracodawcę, rozwiązaniu umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika, rozwiązaniu umowy o pracę przez pracownika bez wypowiedzenia: gdy pracodawca

dopuszczył się ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków wobec pracownika, bądź gdy zostało wydane orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika a pracodawca nie przeniósł pracownika w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan zdrowia i kwalifikacje zawodowe pracownika, rozwiązaniu umowy o pracę za porozumieniem stron, z inicjatywy pracodawcy, w trybie przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników – w przypadku Ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę z podmiotem innym niż wskazany w lit. c),

- b) wykreśleniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (po 1 lipca 2011 r. – wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej), działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego, w rozumieniu przepisów regulujących prowadzenie działalności gospodarczej na skutek ogłoszenia upadłości lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku Ubezpieczonych, prowadzących samodzielną działalność gospodarczą,
 - c) rozwiązaniu umowy o pracę z powodu ogłoszenia upadłości pracodawcy, lub oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego – w przypadku Ubezpieczonych pozostających w stosunku pracy ze spółką handlową, w której posiadają nie więcej niż 20% głosów w organie stanowiącym tej spółki,
 - d) wygaśnięciu mandatu posła lub senatora z przyczyn nie leżących po jego stronie, z wyłączeniem zakończenia kadencji Sejmu i Senatu – w przypadku Ubezpieczonych pełniących funkcję posła lub senatora Rzeczypospolitej Polskiej,
- w bezpośrednim następstwie którego Ubezpieczony uzyskał w okresie Ochrony ubezpieczeniowej status Bezrobotnego;
- 19) **Utrata zdolności do pracy** – zdarzenie polegające na powstaniu i utrzymywaniu się Niezdolności do pracy Ubezpieczonego w okresie udzielanej Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej i podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu;
- 20) **Warunki ubezpieczenia** – niniejsze Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A.;
- 21) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – Utrata zdolności do pracy lub Utrata pracy zaszele w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.

§2

ZAWARCIE ORAZ CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia została zawarta w dniu 4 stycznia 2006 roku na czas nieoznaczony.
2. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu.

§ 3

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz utrata źródła dochodu wskutek Utraty pracy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do zapłaty określonych w Warunkach ubezpieczenia świadczeń ubezpieczeniowych w razie zajścia w okresie udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) Utraty zdolności do pracy – w przypadku gdy okres Niezdolności do pracy trwa w okresie Ochrony ubezpieczeniowej przynajmniej trzydzieści dni;
 - 2) Utraty pracy – w przypadku gdy okres posiadania przez Ubezpieczonego statusu Bezrobotnego trwa w okresie Ochrony ubezpieczeniowej przynajmniej trzydzieści dni.

§ 4

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy kredytowej ma ukończone 18 lat i który w dniu zakończenia Umowy kredytowej nie ma ukończonych 65 lat, jeżeli wysokość kredytu udzielonego temu Kredytobiorcy nie przekracza kwoty 100 000 (sto tysięcy) złotych.
2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową jest ponadto wyrażenie przez niego przed zawarciem Umowy kredytowej zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, co następuje poprzez złożenie Ubezpieczającemu stosownego wniosku w tym zakresie, oraz złożenie następujących oświadczeń:
 - 1) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie jego danych osobowych przez Ubezpieczyciela jako administratora tych danych;
 - 2) o nieodwołalnym wyrażeniu zgody na przekazanie Ubezpieczycielowi informacji stanowiących tajemnicę bankową w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy ubezpieczenia;
 - 3) o nieodwołalnym umocowaniu Ubezpieczyciela do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz weryfikacji podanych przez niego danych oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z Umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń;
 - 4) o wyrażeniu zgody na przekazywanie i udostępnianie powyższych informacji Ubezpieczającemu lub innemu uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia, w przypadkach kiedy obowiązek taki wynikał będzie z obowiązujących przepisów;
 - 5) o wyrażeniu zgody na wzajemne przekazanie pomiędzy Ubezpieczycielem oraz spółką BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. danych osobowych Ubezpieczonego oraz treści oświadczeń, jak również informacji o wysokości składek opłacanych z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz Umowy Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A., a także na połączenie tych danych.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępnienia Ubezpieczonemu Warunków ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazania Kredytobiorcy Certyfikatu potwierdzającego objęcie Ochroną ubezpieczeniową.

§ 5

OKRES UDZIELANEJ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w stosunku do danego Ubezpieczonego od dnia złożenia przez Ubezpieczonego oświadczeń, o których mowa w § 4 Warunków ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu udostępnienia środków finansowych w ramach zawartej przez Ubezpieczonego Umowy kredytowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - 1) z dniem rozwiązania Umowy kredytowej, w tym na skutek upływu okresu, na jaki ta umowa została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia określonej dla danego Zdarzenia ubezpieczeniowego, w odniesieniu do tego Zdarzenia;
 - 3) z dniem rezygnacji Ubezpieczonego z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 4) z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
3. Za rozwiązanie Umowy kredytowej, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), nie uznaje się wypowiedzenia Umowy kredytowej przez Ubezpieczającego. W takim przypadku, Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego kończy się z dniem spłaty całości kredytu lub z ostatnim dniem okresu kredytowania, wynikających z Umowy kredytowej, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 2)–4).
4. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając Ubezpieczającemu stosowne oświadczenie. Rezygnacja

jest skuteczna od dnia następującego po dniu, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

5. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca danemu Ubezpieczonemu ulegnie zakończeniu z powodu wcześniejszego rozwiązania Umowy kredytowej lub rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej, zapłaconej przez Ubezpieczającego za okres od dnia zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, na jaki Umowa kredytowa została zawarta. Informacja w zakresie obowiązujących u Ubezpieczającego zasad rozliczenia okresu niewykorzystanej przez Ubezpieczonego Ochrony ubezpieczeniowej udostępniana jest Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego.

§ 6

SUMA UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, Suma ubezpieczenia właściwa dla danego Ubezpieczonego, z tytułu każdego Zdarzenia ubezpieczeniowego, równa jest łącznej wysokości 12 rat kredytu pozostających do spłaty, zgodnie z harmonogramem spłat, ustalonym na podstawie Umowy kredytowej, w dniu zakończenia trzydziestodniowego okresu, o którym mowa odpowiednio w § 3 ust. 2 pkt 1) albo pkt 2) Warunków ubezpieczenia.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, w przypadku gdy do spłaty, zgodnie z harmonogramem spłat, ustalonym na podstawie Umowy kredytowej, w dniu zakończenia trzydziestodniowego okresu, o którym mowa odpowiednio w § 3 ust. 2 pkt 1) albo pkt 2) Warunków ubezpieczenia, pozostaje mniej niż 12 rat kredytu, Suma ubezpieczenia równa jest łącznej wysokości wszystkich rat kredytu pozostających do spłaty w tym dniu.
3. Maksymalna wysokość raty kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy ubezpieczenia, wynosi 5 000 (pięć tysięcy) złotych. W przypadku gdy rata kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości raty kredytu.

§ 7

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Świadczenie ubezpieczeniowe równe jest kwocie łącznej wysokości rat kredytu, których termin płatności przypada w okresie Niezdolności do pracy lub przysługiwania Ubezpieczonemu statusu Bezrobotnego, mających miejsce w okresie Ochrony ubezpieczeniowej, pozostających do spłaty, zgodnie z harmonogramem spłat, ustalonym na podstawie Umowy kredytowej, w dniu zakończenia trzydziestodniowego okresu, o którym mowa odpowiednio w § 3 ust. 2 pkt 1) albo pkt 2) Warunków ubezpieczenia, nie wyższej jednak niż Suma ubezpieczenia, określona zgodnie z § 6 Warunków ubezpieczenia.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe należne jest w ratach. Wysokość poszczególnych rat świadczenia odpowiada wysokości rat kredytu pozostających do spłaty zgodnie z harmonogramem spłat ustalonym na podstawie Umowy kredytowej.
3. Pierwsza rata będzie należna, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez trzydzieści dni albo stan Niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie przez trzydzieści dni – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Z zastrzeżeniem ust. 6, druga i każda kolejna rata będzie należna, jeżeli status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie o trzydzieści dni dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty albo stan Niezdolności do pracy Ubezpieczonego trwać będzie nieprzerwanie o trzydzieści dni dłużej niż było to wymagane dla poprzedniej raty – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każde Zdarzenie ubezpieczeniowe Utraty pracy przez Ubezpieczonego – w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.
6. Kolejna rata świadczenia z tytułu Utraty pracy jest również należna w przypadku, gdy Ubezpieczony zamieszkały w obszarze, w którym obowiązuje sześciomiesięczny okres przysługiwania zasiłku dla bezrobotnych, stracił prawo do tego zasiłku ze względu na upływ sześciomiesięcznego okresu jego przysługiwania, jednak nadal posiada status Bezrobotnego, w rozumieniu przepisów dotyczących zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy.
7. Świadczenie z tytułu Utraty zdolności do pracy przez Ubezpieczonego należne jest za każde Zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na Utracie przez niego zdolności do pracy w okresie Ochrony ubezpieczeniowej i w okresie podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu. Jednakże w przypadku, gdy kolejna Utrata zdolności do pracy nastąpi w okresie krótszym niż sześć miesięcy od zakończenia poprzedniego okresu Niezdolności do pracy bądź wynika z tej samej choroby lub tego samego Nieszczęśliwego wypadku, pierwsza rata z tytułu późniejszej Utraty zdolności do pracy należna jest, jeżeli ponowny stan Niezdolności do pracy będzie trwać nieprzerwanie trzydzieści dni w okresie Ochrony ubezpieczeniowej i w okresie podlegania przez Ubezpieczonego Ubezpieczeniu chorobowemu. Świadczenie płatne jest wówczas zgodnie z zasadami ustalonymi w ust. 1–6, przy czym łącznie świadczenie to nie może przekraczać różnicy pomiędzy Sumą ubezpieczenia ustaloną z tytułu poprzedniej Utraty zdolności do pracy a świadczeniem wypłaconym z tytułu tej poprzedniej Utraty zdolności do pracy.
8. Jeżeli w danym czasie zajdą Zdarzenia ubezpieczeniowe uzasadniające wypłatę danemu Ubezpieczonemu świadczeń równocześnie z tytułu Utraty zdolności do pracy i z tytułu Utraty pracy, należne jest świadczenie tylko z tytułu zajścia jednego z wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych.

§ 8

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel wolny jest od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub uczestnictwa Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach lub strajkach;
 - 2) wybuchu, skażenia toksycznego, promieniowania jonizującego, skażenia radioaktywnego – bez względu na źródło skażenia;
 - 3) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy, pozostawania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu, chyba że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 4) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonania przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała, bądź rozstroju zdrowia;
 - 5) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przy czym przez uprawianie rozumie się uczestnictwo czynne, zarówno indywidualne jak i grupowe, w tym uczestnictwo, mające charakter rekreacji ruchowej a przez sporty wysokiego ryzyka – uprawianie sportów motorowych lub motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, kitesurfingu, zorbingu, nurkowania, kajakerstwa górskiego, skoków do wody, sportów walki i obronnych, wspinaczki, alpinizmu, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, speleologii, boksu, bobslei, skoków bungee, raftingu, canyoningu albo uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu pustynia, góry powyżej 4 000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego.
2. Z tytułu Utraty zdolności do pracy Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Utrata zdolności do pracy będzie bezpośrednim lub pośrednim następstwem:
 - 1) zaburzeń emocjonalnych, nerwowych lub psychicznych Ubezpieczonego, w tym depresji i stanów lękowych;
 - 2) choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, dyskopatii, zespołów korzeniowych, zespołów bólowych kręgosłupa Ubezpieczonego;
 - 3) ciąży, porodu, przerwania ciąży u Ubezpieczonego;
 - 4) nieprzeżestregania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza albo poddania się przez niego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą

- lekarza lub innych powołanych do tego osób, chyba że zabiegi te miały bezpośredni związek z Nieszczęśliwym wypadkiem;
- 5) chorób wywołanych spożywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu;
 - 6) podjęcia przez Ubezpieczonego działań mających na celu naruszenie czynności organizmu skutkującej powstaniem i utrzymywaniem się u Ubezpieczonego Niezdolności do pracy;
 - 7) innych niż wskazane powyżej stanów chorobowych Ubezpieczonego, rozpoznanych u Ubezpieczonego przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie jednego roku poprzedzającego objęcie Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową.
3. Z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
 - 1) upływu czasu, na jaki umowa o pracę z Ubezpieczonym została zawarta;
 - 2) rozwiązania umowy o pracę przez Ubezpieczonego, jako pracownika, za uprzedzeniem, bez wypowiedzenia, w razie przejścia części lub całości zakładu pracy zatrudnienia Ubezpieczonego, na innego pracodawcę;
 - 3) rozwiązania umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego;
 - 4) rozwiązania umowy o pracę, łączącej Ubezpieczonego ze spółką handlową, w której Ubezpieczony posiada ponad 20% głosów w organie stanowiącym tej spółki, z przyczyn innych niż wskazane w §1 ust. 1 pkt 18 lit. c) Warunków ubezpieczenia, bądź w przypadku, gdy rozwiązanie umowy o pracę nastąpi ze spółką handlową, w której Osoba bliska względem Ubezpieczonego posiada ponad 20% głosów w organie stanowiącym tej spółki, chyba że spółka handlowa jest spółką publiczną.
 4. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony otrzymuje od pracodawcy jakiegokolwiek okresowe świadczenie związane z wykonywaną wcześniej na rzecz pracodawcy pracą w wysokości przekraczającej 50% kwoty wynagrodzenia, które byłoby mu należne od pracodawcy, gdyby nadal pozostawał z nim w stosunku pracy – w okresie pobierania tego świadczenia lub jeżeli po Utracie pracy Ubezpieczony wykazuje Aktywność zarobkową.
 5. Z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli w dniu złożenia oświadczeń, o których mowa w § 4 Warunków ubezpieczenia Ubezpieczony był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, ale w okresie sześciu miesięcy przed tym dniem, albo w tym dniu, została dokonana przynajmniej jedna z następujących czynności:
 - 1) pracodawca złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę;
 - 2) pracodawca złożył Ubezpieczonemu propozycję rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron, w trybie przewidzianym w przepisach prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników;
 - 3) został złożony wniosek o ogłoszenie upadłości pracodawcy Ubezpieczonego;
 - 4) pracodawca prowadził w zakładzie pracy zatrudnienia Ubezpieczonego konsultacje w przedmiocie zwolnień grupowych wynikające z przepisów prawa regulujących szczególne zasady rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, skutkująca Utratą pracy przez Ubezpieczonego w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej.
 6. Z tytułu Utraty zdolności do pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata zdolności do pracy przez Ubezpieczonego została potwierdzona, na podstawie polskich przepisów prawa, przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub sąd powszechny, orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na okres minimum pięciu lat.

§ 9

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ O ZAPŁATĘ ŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać telefonicznie lub pisemnie. Zawiadomienie telefoniczne należy potwierdzić zawiadomieniem w formie pisemnej.
2. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Ubezpieczony powinien wykazać zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia.
3. Ubezpieczony ma obowiązek zawiadomić Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie dziewięćdziesięciu dni od dnia, w którym Ubezpieczony dowiedział się o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego uzasadniającego zapłatę świadczenia. Wraz z zawiadomieniem Ubezpieczony powinien złożyć do Ubezpieczyciela dokumenty potwierdzające zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia.
4. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia są:
 - 1) w przypadku świadczenia z tytułu Utraty zdolności do pracy:
 - a) kopia dokumentu wydanego przez lekarza albo organ rentowy we właściwy sposób stwierdzającego Niezdolność do pracy Ubezpieczonego oraz
 - b) zaświadczenie pracodawcy, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy – w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek chorobowy za okres Niezdolności do pracy, lub w przypadku, gdy Ubezpieczony zachowuje prawo do wynagrodzenia przez okres Niezdolności do pracy, albo
 - c) zaświadczenie organu rentowego stwierdzające, iż Ubezpieczony otrzymuje świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy – w przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje za okres Niezdolności do pracy świadczenie inne niż zasiłek chorobowy, przyznane przez organ rentowy;
 - 2) w przypadku świadczenia z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego:
 - a) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako Bezrobotny,
 - b) zaświadczenie wydane przez powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczonemu przysługuje zasiłek dla Bezrobotnych,
 - c) kopia świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania umowy o pracę, skutkującego Utratą pracy przez Ubezpieczonego (w przypadku, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18) lit. a) Warunków ubezpieczenia),
 - d) kopia postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości pracodawcy lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości pracodawcy z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18) lit. c) Warunków ubezpieczenia),
 - e) decyzja właściwego urzędu gminy o wykreśleniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (po 1 lipca 2011 r. – wpisu do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej) działalności gospodarczej prowadzonej przez Ubezpieczonego oraz postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości Ubezpieczonego lub kopia postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczonego z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 18) lit. b) Warunków ubezpieczenia),
 - f) oświadczenie Ubezpieczonego, iż od Utraty pracy nie wykazuje on żadnej Aktywności zarobkowej,
 - g) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
5. Zasadność roszczeń o zapłatę świadczenia Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie, przedstawiając jednocześnie dokumenty, o których mowa odpowiednio w postanowieniach ust. 4 pkt 1 albo pkt 2 lit. a), b) i f).
6. W celu ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty zdolności do pracy, Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną

na koszt Ubezpieczyciela, przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciel. Ubezpieczony nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 10

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia wypłacane są Ubezpieczonemu w złotych przelewem na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny ustalony z Ubezpieczonym sposób.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest zapłacić pierwszą ratę świadczenia w terminie trzydziestu dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu czternastu dni od wyjaśnienia tych okoliczności. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie Ubezpieczonego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia w terminie, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
3. Kolejne raty świadczeń spełniane będą w terminach czternastodniowych, licząc od dnia, w którym stały się należne.

§ 11

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

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

§ 12

SKARGI I ZAŻALENIA

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.

§ 13

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1 oraz § 12 ust. 2 i ust. 4 Warunków ubezpieczenia.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Warunkami ubezpieczenia lub Umową ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia Umowy ubezpieczenia, przepisy kodeksu cywilnego oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

**WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
KREDYTOBIORCÓW – KLIENTÓW BANKU ZACHODNIEGO WBK S.A.**

Niniejsze Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A. zawartej dnia 4 stycznia 2006 roku, na podstawie której BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (po przeniesieniu portfela ubezpieczeń, na podstawie umowy zawartej pomiędzy Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna a BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zatwierdzonego decyzją Komisji Nadzoru Finansowego) świadczy Ochronę ubezpieczeniową osobom, którym Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna udzielił kredytu gotówkowego na podstawie Umowy kredytowej.

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ilekroć poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one w odpowiednim przypadku i liczbie:
 - 1) **Całkowita niezdolność do pracy** – utrata przez Ubezpieczonego w okresie świadczenia Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej zdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy, potwierdzona prawomocnym orzeczeniem, wydanym na podstawie przepisów prawa polskiego przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub sąd powszechny, zawierającym stwierdzenie całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na okres minimum 5 (pięciu) lat;
 - 2) **Certyfikat** – dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) **Dzień zajścia Całkowitej niezdolności do pracy** – to dzień powstania Całkowitej niezdolności do pracy wskazany w prawomocnym orzeczeniu, wydanym na podstawie przepisów prawa polskiego przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub sąd powszechny. W przypadku, gdy prawomocne orzeczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, nie wskazuje dnia powstania Całkowitej niezdolności do pracy, za Dzień zajścia Całkowitej niezdolności do pracy przyjmuje się dzień wydania prawomocnego orzeczenia;
 - 4) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, której Ubezpieczający udzielił kredytu gotówkowego na podstawie Umowy kredytowej;
 - 5) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane zewnętrzną przyczyną, nie mającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu Ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w okresie Ochrony ubezpieczeniowej w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
 - 6) **Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z Warunków ubezpieczenia, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 7) **Stan po użyciu alkoholu** – stan, który zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia alkoholu we krwi co najmniej 0,2 ‰ albo
 - b) obecności alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm³;
 - 8) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) **Ubezpieczający** – Bank Zachodni WBK Spółka Akcyjna;
 - 10) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życia i zdrowia dotyczy Umowa ubezpieczenia, objęty ubezpieczeniem na podstawie Umowy ubezpieczenia;
 - 11) **Ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
 - 12) **Umowa kredytowa** – umowa o udzielenie kredytu, zawarta pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, określająca wysokość oraz warunki spłaty kredytu gotówkowego;
 - 13) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A., zawarta dnia 4 stycznia 2006 roku, na podstawie której Ubezpieczyciel świadczy Ochronę ubezpieczeniową osobom, którym Ubezpieczający udzielił kredytu gotówkowego na podstawie Umowy kredytowej;
 - 14) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia przewidzianego na wypadek śmierci Ubezpieczonego;
 - 15) **Warunki ubezpieczenia** – niniejsze Warunki Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A.;
 - 16) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego lub Całkowita niezdolność Ubezpieczonego do pracy zaszłe w okresie Ochrony ubezpieczeniowej.

§ 2

ZAWARCIE ORAZ CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia została zawarta w dniu 4 stycznia 2006 roku na czas nieoznaczony.
2. W przypadku rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w ostatnim dniu okresu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej danemu Ubezpieczonemu.

§ 3

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Ubezpieczyciela do zapłaty określonych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia świadczeń ubezpieczeniowych w razie zajścia w okresie Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego, lub
 - 2) Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.

§ 4

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu zawarcia Umowy kredytowej ma ukończone 18 lat i który w dniu zakończenia Umowy kredytowej nie ma ukończonych 65 lat, jeżeli wysokość kredytu udzielonego temu Kredytobiorcy nie przekracza kwoty 100 000 (sto tysięcy) złotych.
2. Warunkiem objęcia Kredytobiorcy Ochroną ubezpieczeniową jest ponadto wyrażenie przez niego przed zawarciem Umowy kredytowej zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, co następuje poprzez złożenie Ubezpieczającemu stosownego wniosku w tym zakresie oraz złożenie następujących oświadczeń:
 - 1) o wyrażeniu zgody na przetwarzanie jego danych osobowych przez Ubezpieczyciela jako administratora tych danych;
 - 2) o nieodwołalnym wyrażeniu zgody na przekazanie Ubezpieczycielowi informacji stanowiących tajemnicę bankową w zakresie niezbędnym do wykonania Umowy ubezpieczenia;
 - 3) o nieodwołalnym umocowaniu Ubezpieczyciela do zasięgania w innych zakładach ubezpieczeń, zakładach opieki zdrowotnej oraz u lekarzy

informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego oraz weryfikacji podanych przez niego danych oraz o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z Umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń;

- 4) o wyrażeniu zgody na przekazywanie i udostępnianie powyższych informacji Ubezpieczającemu, Uposażonemu lub innemu uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia, w przypadkach kiedy obowiązek taki wynikał będzie z obowiązujących przepisów;
 - 5) o wyrażeniu zgody na wzajemne przekazanie pomiędzy Ubezpieczycielem oraz spółką BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. danych osobowych Ubezpieczonego oraz treści oświadczeń, jak również informacji o wysokości składek opłacanych z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców – Klientów Banku Zachodniego WBK S.A., a także na połączenie tych danych.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępnienia Ubezpieczonemu Warunków ubezpieczenia.
 4. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Kredytobiorcy Certyfikatu potwierdzającego objęcie Ochroną ubezpieczeniową.

§ 5

OKRES UDZIELANEJ OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w stosunku do danego Ubezpieczonego od dnia złożenia przez Ubezpieczonego oświadczeń, o których mowa w § 4 Warunków ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu udostępnienia środków finansowych w ramach zawartej przez Ubezpieczonego Umowy kredytowej, z zastrzeżeniem § 7 Warunków ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa kończy się w stosunku do danego Ubezpieczonego z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy kredytowej, w tym na skutek upływu okresu, na jaki ta umowa została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego z tytułu którego należne jest świadczenie ubezpieczeniowe;
 - 3) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia;
 - 4) rezygnacji Ubezpieczonego z Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Przez rozwiązanie Umowy kredytowej, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), nie uznaje się wypowiedzenia Umowy kredytowej przez Ubezpieczającego. W takim przypadku, Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego kończy się z dniem spłaty całości kredytu lub z ostatnim dniem okresu kredytowania, wynikającym z Umowy kredytowej, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 2)–4).
4. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając Ubezpieczającemu stosowne oświadczenie.
5. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca danemu Ubezpieczonemu ulegnie zakończeniu z powodu wcześniejszego rozwiązania Umowy kredytowej lub rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej, zapłaconej przez Ubezpieczającego za okres od dnia zakończenia Ochrony ubezpieczeniowej do końca okresu, na jaki Umowa kredytowa została zawarta. Informacja w zakresie obowiązujących u Ubezpieczającego zasad rozliczenia okresu niewykorzystanej przez Ubezpieczonego Ochrony ubezpieczeniowej udostępniana jest Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego.

§ 6

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE

1. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest równe kwocie, jaką wynosiłoby zadłużenie Ubezpieczonego z tytułu Umowy kredytowej w dniu jego śmierci, gdyby spłacał raty kredytu zgodnie z harmonogramem spłat ustalonym na podstawie Umowy kredytowej przez Ubezpieczającego, powiększoną o odsetki należne za okres, który upłynął od momentu śmierci Ubezpieczonego do dnia zgłoszenia roszczenia przez Uposażonego lub inną osobę uprawnioną, nie wyższej niż maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazana w Certyfikacie.
2. Część świadczenia stanowiąca odsetki należne za okres, który upłynął od momentu śmierci Ubezpieczonego do momentu zgłoszenia roszczenia, należna jest pod warunkiem zgłoszenia przez Uposażonego lub inną osobę uprawnioną do roszczenia niezwłocznie po powzięciu wiadomości o śmierci Ubezpieczonego oraz o prawie do ubiegania się o świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego jest równe kwocie, jaką wynosiłoby zadłużenie Ubezpieczonego z tytułu Umowy kredytowej w Dniu zajścia Całkowitej niezdolności do pracy, gdyby Ubezpieczony spłacał raty kredytu zgodnie z harmonogramem spłat ustalonym na podstawie Umowy kredytowej przez Ubezpieczającego, nie wyższej jednak niż maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazana w Certyfikacie.

§ 7

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W okresie sześciu miesięcy od rozpoczęcia okresu Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej, rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonych u Ubezpieczonego w okresie pięciu (5) lat poprzedzających rozpoczęcie okresu Ochrony ubezpieczeniowej.
2. W okresie jednego (1) roku od rozpoczęcia okresu Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek próby samobójczej lub wskutek umyślnego samouszkodzenia ciała Ubezpieczonego, bądź umyślnego wywołania rozstroju zdrowia Ubezpieczonego.
3. W okresie pierwszych trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia okresu Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego powstałej wyłącznie na skutek Nieszczęśliwego wypadku.
4. Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie zostanie wypłacone przez Ubezpieczyciela, jeżeli Całkowita niezdolność do pracy Ubezpieczonego powstanie bezpośrednio lub pośrednio na skutek:
 - 1) zażycia przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy, pozostawiania Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu, chyba, że zażycie tych substancji nastąpiło zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 2) chorób wywołanych spożywaniem przez Ubezpieczonego alkoholu;
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samouszkodzenia ciała, bądź rozstroju zdrowia;
 - 4) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów wysokiego ryzyka, przy czym przez uprawianie rozumie się uczestnictwo czynne, zarówno indywidualne jak i grupowe, w tym uczestnictwo, mające charakter rekreacji ruchowej a przez sporty wysokiego ryzyka – uprawianie sportów motorowych lub motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, kitesurfingu, zorbingu, nurkowania, kajakarstwa górskiego, skoków do wody, sportów walki i obronnych, wspinaczki, alpinizmu, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, speleologii, boks, bobslei, skoków bungee, raftingu, canyoningu albo uczestniczenie w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu pustynia, góry powyżej 4 000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla, i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
 - 5) choroby psychicznej Ubezpieczonego lub występującymi u niego zaburzeniami psychicznymi;
 - 6) innych niż wskazane powyżej stanów chorobowych rozpoznanych przez lekarza, kwalifikujących się do leczenia według zaleceń lekarza lub leczonych

u Ubezpieczonego w okresie sześciu miesięcy poprzedzających bezpośrednio dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej. Przyjmuje się ponadto, że w czasie przypadającym na okres sześciu miesięcy poprzedzających bezpośrednio dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej leczony był dany stan chorobowy, jeśli w ciągu całego tego czasu lub jego części Ubezpieczony był uprawniony do otrzymywania jakiegokolwiek świadczenia społecznego związanego z tym stanem chorobowym lub jeśli toczyło się postępowanie w sprawie przyznania Ubezpieczonemu takiego świadczenia.

§ 8

TRYB ZGŁASZANIA ROSZCZEŃ, WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Zawiadomienia Ubezpieczyciela o Zdarzeniu ubezpieczeniowym należy dokonać telefonicznie lub pisemnie. Zawiadomienie telefoniczne należy potwierdzić zawiadomieniem w formie pisemnej.
2. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia. Osoba dochodząca roszczenia o zapłatę świadczenia powinna udowodnić zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz uprawnienia do otrzymania świadczenia.
3. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego są:
 - 1) wypełniony i podpisany druk zgłoszenia roszczenia;
 - 2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego oraz kopia karty zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej;
 - 4) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
4. Dokumentami potwierdzającymi zasadność roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego są:
 - 1) wypełniony i podpisany druk zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kopia prawomocnego orzeczenia, wydanego na podstawie polskich przepisów prawa przez właściwego lekarza orzecznika, lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską, inną właściwą jednostkę organu rentowego lub sąd powszechny, potwierdzającego Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego;
 - 3) inne dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia.
5. W celu ustalenia prawa do świadczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczonego poddania się badaniom lekarskim i diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Badania wykonane zostaną na koszt Ubezpieczyciela, przez lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczony nie może odmówić wykonania czynności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
6. Świadczenie z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego przysługuje Ubezpieczonemu.
7. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacane jest Uposażonym. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w świadczeniu. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
8. Świadczenie wypłacane jest w złotych przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania danego świadczenia.
9. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia nie było w tym terminie możliwe, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności ich wyjaśnienie było możliwe. W takim przypadku Ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, jednakże bezsporną część świadczenia wypłaca w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

§ 9

PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

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

§ 10

SKARGI I ZAŻALENIA

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Ubezpieczyciela.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłane w formie pisemnej bądź elektronicznej lub przekazywane Ubezpieczycielowi w innej formie umożliwiającej określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa powyżej, Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, bezzwłocznie po ich rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z zainteresowanym.

§ 11

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem § 8 ust. 1 oraz § 10 ust. 2 i 4 Warunków ubezpieczenia.
2. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z Warunkami ubezpieczenia lub Umową ubezpieczenia jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach ubezpieczenia stosuje się postanowienia Umowy ubezpieczenia, przepisy kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

Niniejsze Warunki ubezpieczenia obowiązują od 21.02.2011.

BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. z siedzibą pl. Władysława Andersa 5, 61-894 Poznań, NIP 2090001167, KRS 0000310719; Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. Kapitał zakładowy wynosi 27 000 000 PLN opłacony w całości.
BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą pl. Władysława Andersa 5, 61-894 Poznań, NIP 2090001173, KRS 0000310692; Sąd Rejonowy Poznań - Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. Kapitał zakładowy wynosi 24 250 000 PLN opłacony w całości.