

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

ING/2013/01/LIFE

ING/2013/01/NON-LIFE

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „SPŁATA NA BANK” NR ING/2013/01/LIFE

(dalej: Warunki) mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Spłata na bank”, zawartej pomiędzy ING Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a ING Bankiem Śląskim S.A. (dalej: Umowa), na rzecz Posiadaczy rachunków kart kredytowych wydawanych przez ING Bank Śląski S.A. i stanowią jej integralną część.

Art. 1 DEFINICJE

- 1) **„ING Życie” (Ubezpieczyciel)** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12.
- 2) **„Ubezpieczający (Bank)”** – ING Bank Śląski S.A., który zawarł z ING Życie (Ubezpieczycielem) Umowę Grupowego Ubezpieczenia „Spłata na bank” na rzecz Posiadaczy rachunków kart kredytowych i zobowiązuje się do opłacania Składki. W rozumieniu niniejszych Warunków Ubezpieczającemu (Bankowi) zostanie wypłacone Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, na poczet spłaty zobowiązań Ubezpieczonego wynikających z zawartej Umowy karty.
- 3) **„Deklaracja przystąpienia”** – oświadczenie woli Posiadacza rachunku karty kredytowej, w którym wyraża on wolę objęcia Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy. Deklaracja przystąpienia jest oświadczeniem składanym ING Życie (Ubezpieczycielowi) poprzez złożenie jej w formie przyjętej przez Bank (Ubezpieczającego). Jeżeli Deklaracja przystąpienia ma formę pisemną, sporządzana jest w dwóch egzemplarzach i uznaje się, że po potwierdzeniu jej przyjęcia przez Bank (Ubezpieczającego) zastępuje Certyfikat. W takim przypadku jeden egzemplarz Deklaracji przystąpienia wydawany jest Ubezpieczonemu.
- 4) **„Certyfikat”** – dokument potwierdzający objęcie Ochroną ubezpieczeniową, na zasadach określonych w Warunkach wystawiany imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 5) **„Rachunek karty kredytowej”** – rachunek karty kredytowej wydanej przez ING Bank Śląski S.A.
- 6) **„Karta”** – karta kredytowa wydana przez ING Bank Śląski S.A., której dotyczy ubezpieczenie, wskazana w Certyfikacie.
- 7) **„Umowa karty”** – umowa między Posiadaczem rachunku karty kredytowej i Ubezpieczającym (Bankiem) w sprawie udzielenia limitu kredytowego na Karcie i wykonywania transakcji przy jej użyciu, w której określony jest cykl rozliczenia Karty.
- 8) **„Posiadacz rachunku karty kredytowej”** – osoba, która zawarła z Ubezpieczającym (Bankiem) Umowę karty.
- 9) **„Ubezpieczony”** – Posiadacz rachunku karty kredytowej, który złożył Deklarację przystąpienia i został objęty ubezpieczeniem na podstawie niniejszych Warunków.
- 10) **„Świadczenie”** – kwota wypłacana przez ING Życie (Ubezpieczyciela) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w Warunkach.
- 11) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota równa wysokości Salda zadłużenia Ubezpieczonego z tytułu Umowy karty z Dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie więcej jednak niż 200.000 zł. Jeżeli Ubezpieczony posiada więcej niż jedną Kartę i z tytułu każdej z tych Kart jest objęty Ochroną ubezpieczeniową, limit 200.000 zł dotyczy wszystkich tych Kart.
- 12) **„Saldo zadłużenia”** – kwota równa wykorzystanemu limitowi na karcie. Uruchowienie limitu do karty (wypłata kredytu) następuje poprzez realizację dyspozycji obciążeniowych, którymi mogą być:
 - a) obciążenia kwotą transakcji dokonywanych przy użyciu Karty,
 - b) obciążenia kwotą polecenia przelewu w ciężar rachunku Karty,
 - c) obciążenia kwotą polecenia zapłaty w ciężar rachunku Karty,
 - d) pobranie przez Ubezpieczającego (Bank) odsetek od wykorzystanego limitu do Karty,
 - e) pobranie przez Ubezpieczającego (Bank) opłat i prowizji zgodnie z Tabelą opłat i prowizji Ubezpieczającego (Banku).
- 13) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”** jest to:
 - a) dzień śmierci – w przypadku śmierci Ubezpieczonego oraz śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku albo
 - b) pierwszy dzień okresu trwania Niezdolności do pracy lub Niezdolności do samodzielnego życia Ubezpieczonego pod warunkiem, że trwał on, co najmniej 24 miesiące i trwa nadal.

- c) dzień postawienia diagnozy przez Lekarza potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z warunkami wskazanymi w opisie odpowiedniego poważnego zachorowania – w przypadku zawału serca, nowotworu złośliwego, udaru mózgu, niezłośliwego guza mózgu, niewydolności nerek, ciężkiego oparzenia, utraty wzroku,
- d) dzień przeprowadzenia badania obrazowego naczyń wieńcowych (np. tomografii komputerowej, koronarografii), na podstawie którego został przeprowadzony zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego, angioplastyki naczyń wieńcowych,
- e) dzień zabiegu operacyjnego w przypadku przeszczepienia narządów lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu – w zależności od tego co nastąpi pierwsze.
- 14) **„Uposażony dodatkowy”** – osoba, której zostanie wypłacone Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z postanowieniami Warunków.
- 15) **„Osoba uprawniona”** – każda osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.
- 16) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez ING Życie (Ubezpieczyciela) z tytułu Umowy, na zasadach określonych w Warunkach.
- 17) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
- 18) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 19) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania
- 20) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 21) **„Poważne zachorowanie”** – jedna ze zdefiniowanych poniżej chorób, zabiegów lub stanów:
- a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.
Ubezpieczeniem nie są objęte:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia), CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A = < 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji).
- b) **Zawał serca:** martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem lub istotnym zmniejszeniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Wystąpienie zawału serca musi zostać potwierdzone

przez lekarza kardiologa lub internistę. Rozpoznanie musi być oparte na znaczącym podwyższeniu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego (troponina T, troponina I, CKMB mass) powyżej wartości referencyjnych dla danego laboratorium i wystąpieniu co najmniej jednego z następujących wykładników:

- objawy kliniczne niedokrwienia, takie jak ból w klatce piersiowej,
- wystąpienie świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca,
- nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych, takich jak ECHO serca.

Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) i wszelkie zespoły wieńcowe oraz pozostałe przyczyny wzrostu stężenia markerów martwicy mięśnia sercowego, takie jak zator tętnicy płucnej czy zapalenie mięśnia sercowego.

- c) **Nieżłośliwy guz mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwałe ubytki neurologiczne (z wyłączeniem: torbieli, ziarniniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętniczych lub żylnych w obrębie mózgu, krwinków mózgu oraz wrodzonych niezłośliwych guzów mózgu).
- d) **Udar mózgu:** nagłe ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek napady przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA). Zakres ubezpieczenia nie obejmuje spowodowanych zewnętrznym urazem: zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego. Ubezpieczeniem nie są także objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
- e) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona badaniem wykazującym istotne zwężenie tętnicy wieńcowej. Ubezpieczeniem nie są objęte angioplastyka ani jakiegokolwiek inne zabiegi na tętnicach wieńcowych wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujące techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
- f) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
- g) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek z nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
- h) **Utrata wzroku:** całkowita, stała i nieodwracalna utrata wzroku w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez Lekarza okulistę. Ubezpieczeniem nie są objęte przypadki możliwe do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
- i) **Angioplastyka naczyń wieńcowych (PTCA):** pierwszy zabieg angioplastyki, aterektomii lub wszczęcia stentu w celu korekcy minimum 50% zwężenia drożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych podczas pojedynczego zabiegu. Niezbędny jest wynik angiografii potwierdzający przedoperacyjny stopień zwężenia drożności. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę. Zwężenie drożności musi:
- powodować pogorszenie funkcji komory lub
 - zwiększać uszkodzenia określane jako niedokrwienie poparte pozytywnym wynikiem EKG wysiłkowego lub
 - być powiązane z niestabilną dławicą piersiową lub zawałem mięśnia sercowego.
- j) **Ciężkie oparzenie:** stan, w którym co najmniej 20% powierzchni ciała uległo uszkodzeniu wskutek poparzenia trzeciego stopnia. Do stwierdzenia poważnego zachorowania niezbędna jest diagnoza postawiona przez Lekarza potwierdzająca stopień poparzenia oraz jego zakres.

- 22) **„Niezdolność do samodzielnego życia”** – trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy, stwierdzona przez Lekarza:
 - a) niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie się, ubieranie się, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywianie się,
 - b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.
- 23) **„Niezdolność do pracy”** – całkowita, bezterminowa i nieodwracalna niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 24 miesięcy, która rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony przez ING Życie (Ubezpieczyciela). Za Niezdolność do pracy uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia.
- 24) **„Składka”** – składka opłacana miesięcznie przez Ubezpieczającego (Bank) z tytułu Umowy do określonego w Umowie dnia każdego miesiąca następującego po miesiącu, którego Składka ta dotyczy, należna za jednego Ubezpieczonego.
- 25) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie prawa do wypłaty Świadczenia, zgodnie z postanowieniami Warunków.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. ING Życie (Ubezpieczyciel) ubezpiecza życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. ING Życie (Ubezpieczyciel) udziela Ochrony ubezpieczeniowej 24 godziny na dobę na całym świecie.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) śmierć,
 - b) Niezdolność do pracy albo Niezdolność do samodzielnego życia, pod warunkiem, że stan ten utrzymywał się co najmniej 24 miesiące i trwa nadal,
 - c) Poważne zachorowanie,
 - d) śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż przed upływem 6 miesięcy od zajścia tego wypadku. Śmierć w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zostaje objęta zakresem ubezpieczenia po wygaśnięciu ochrony z tytułu Poważnego zachorowania lub Niezdolności do samodzielnego życia i Niezdolności do pracy.
4. W okresie 12 miesięcy liczonych od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - a) śmierci oraz Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy w związku z chorobą rozpoznaną w okresie 6 miesięcy poprzedzających dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) Poważnego zachorowania w związku z chorobą zdiagnozowaną lub leczoną w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 3 WARUNKI PRZYSTĄPIENIA I UCZESTNICTWA W UBEZPIECZENIU

1. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje poprzez złożenie przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia w formie przyjętej przez Ubezpieczającego (Bank), w której Ubezpieczony wyraża wolę objęcia Ochroną ubezpieczeniową. Posiadacz rachunku karty kredytowej wskazuje, której Karty dotyczy Deklaracja przystąpienia. Ubezpieczony może złożyć Deklarację przystąpienia do kilku Kart.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Posiadacz rachunku karty kredytowej, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia ukończył 18. rok życia.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po spełnieniu łącznie następujących warunków:
 - a) złożeniu przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia,
 - b) aktywowaniu przez Ubezpieczonego Karty,
 i trwa nie dłużej niż przez okres trwania Umowy karty. W przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia w trakcie rozmowy telefonicznej po 24 dniu danego miesiąca kalendarzowego Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym została złożona Deklaracja, pod warunkiem aktywowania przez Ubezpieczonego Karty.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z dniem zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) odstąpienia od Umowy karty lub jej rozwiązania,
 - c) śmierci Ubezpieczonego,

- d) w przypadku rozwiązania Umowy – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona Składka z tytułu objęcia Ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego,
 - e) z dniem zawarcia porozumienia pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym (Bankiem) w zakresie spłaty zadłużenia Rachunku karty kredytowej w ratach.
5. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia, wygasa w przypadku:
- a) wypłaty Świadczenia,
 - b) ukończenia przez Ubezpieczonego 60 (w przypadku kobiet) lub 65 (w przypadku mężczyzn) roku życia,
- w zależności od tego, które z tych zdarzeń zajdzie, jako pierwsze.
Po tym czasie ING Życie (Ubezpieczyciel) ponosi odpowiedzialność z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego zachorowania wygasa w przypadku:
- a) wypłaty Świadczenia,
 - b) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia,
- w zależności od tego, które z tych zdarzeń zajdzie, jako pierwsze.
Po tym czasie ING Życie (Ubezpieczyciel) ponosi odpowiedzialność z tytułu Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
7. ING Życie (Ubezpieczyciel) udziela Ochrony ubezpieczeniowej za okres, za który została opłacona Składka.
8. Ubezpieczony ma w każdym czasie prawo do złożenia oświadczenia woli o rezygnacji z obejmowania Ochroną ubezpieczeniową poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji.
9. Oświadczenie o rezygnacji powinno być złożone Ubezpieczającemu (Bankowi).

Art. 4 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO (BANKU)

1. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do opłacania Składek należnych za poszczególne Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do potwierdzenia Ubezpieczonemu przystąpienia do ubezpieczenia w formie Certyfikatu oraz udostępnienia tekstu Warunków.
3. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do przesyłania wszelkiej korespondencji dotyczącej Umowy w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni podany przez adresata adres korespondencyjny.
4. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania ING Życie (Ubezpieczycielowi) wszystkich skarg i zażaleń składanych przez Ubezpieczonego dotyczących ING Życie (Ubezpieczyciela).

Art. 5 OBOWIĄZKI ING ŻYCIE (UBEZPIECZYCIELA)

1. ING Życie (Ubezpieczyciel) jest zobowiązane do udostępnienia Ubezpieczonemu wszelkich formularzy, za pośrednictwem Ubezpieczającego (Banku).
2. ING Życie (Ubezpieczyciel) jest zobowiązane do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w szczególności wszelkich danych osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane przez ING Życie (Ubezpieczyciela) w związku z Umową.
3. ING Życie (Ubezpieczyciel) przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni znany adres korespondencyjny Ubezpieczonego.
4. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, ING Życie (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. W celu prawidłowego wykonywania Umowy ubezpieczenia wskazane jest aby Ubezpieczony informował Ubezpieczającego (Bank) o zmianie swoich danych osobowych oraz o zmianie adresu do korespondencji.
2. W celu wyznaczenia lub zmiany Uposażonych dodatkowych Ubezpieczony powinien złożyć odpowiednie pisemne oświadczenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Banku.
3. Na wniosek ING Życie (Ubezpieczyciela), Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom orzeczniczym, które są przeprowadzane:
 - a) w celu określenia czy Ubezpieczony doznał i pozostaje w stanie Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia,
 - b) w celu określenia czy poważne zachorowanie jest objęte ubezpieczeniem,
 - c) w autoryzowanych przez ING Życie (Ubezpieczyciela) placówkach medycznych, na koszt ING Życie (Ubezpieczyciela).

Odmowa poddania się badaniom orzeczniczym w terminie określonym przez ING Życie (Ubezpieczyciela) może spowodować odmowę wypłaty Świadczenia.

Art. 7 SKŁADKA

Podstawą naliczenia Składki za jednego Ubezpieczonego w danym miesiącu jest Saldo zadłużenia na Rachunku karty kredytowej w ostatnim dniu cyklu rozliczenia w miesiącu, za który naliczana jest Składka, jednak nie więcej niż 200.000 zł. Jeżeli Ubezpieczony posiada więcej niż jedną Kartę i z tytułu każdej z tych Kart jest objęty Ochroną ubezpieczeniową, limit 200.000 zł dotyczy wszystkich tych Kart. Dzień cyklu rozliczenia karty jest wskazany w Umowie karty.

Art. 8 ŚWIADCZENIE

1. W przypadku śmierci, Poważnego zachorowania, Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy Ubezpieczonego w czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej ING Życie (Ubezpieczyciel) wypłaci Ubezpieczającemu (Bankowi) Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na poczet spłaty zobowiązania Ubezpieczonego wynikającego z zawartej Umowy karty.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, oprócz Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacanego Ubezpieczającemu (Bankowi), ING Życie (Ubezpieczyciel) wypłaci Uposażonemu dodatkowemu Świadczenie zgodnie z poniższą zasadą:
 - a) Nieukończony 60 rok życia (w przypadku kobiet) lub 65 rok życia (w przypadku mężczyzn):
 - 100% Sumy ubezpieczenia, jeśli przed śmiercią wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostało wypłacone Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania lub
 - 100% Sumy ubezpieczenia, jeśli przed śmiercią wskutek Nieszczęśliwego wypadku zostało wypłacone Świadczenie z tytułu Niezdolności do pracy albo Niezdolności do samodzielnego życia,
 - b) Ukończony 60 oraz nie ukończony 65 rok życia (w przypadku kobiet) – 300% Sumy ubezpieczenia,
 - c) Ukończony 65 rok życia (niezależnie od płci) – 400% Sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku zajścia dwóch lub więcej poważnych zachorowań, ING Życie wypłaci tylko jedno Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie wskazać lub zmienić Uposażonego dodatkowego. Wskazanie lub zmiana Uposażonego dodatkowego staje się skuteczne z dniem otrzymania przez Ubezpieczającego (Bank) odpowiedniego oświadczenia Ubezpieczonego.
5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego dodatkowego, Świadczenie jest wypłacane Uposażonym dodatkowym zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego udziałem poszczególnych Uposażonych dodatkowych w Świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów przyjmuje się, że udziały w Świadczeniu są równe.
6. W przypadku udziałów w Świadczeniu niesumujących się do 100%, Świadczenie jest wypłacane Uposażonym dodatkowym w częściach proporcjonalnych do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
7. Prawo do Świadczenia nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku, a także w przypadku, gdy w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazany przez niego Uposażony dodatkowy nie żyje, należną im część Świadczenia otrzymują pozostałe osoby uprawnione zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczonego.
8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych dodatkowych, osoby wskazane nie istnieją lub wszyscy Uposażeni dodatkowi zmarli przed Ubezpieczonym lub utracili prawo do Świadczenia, Świadczenie otrzymują w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.

Otrzymanie Świadczenia przez osoby należące do wyższej grupy wyklucza jego otrzymanie przez osoby należące do grupy niższej (grupa najwyższa: „a”). Osoby z tej samej grupy otrzymują równe kwoty. W przypadku braku tych osób pieniądze zostaną wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

Art. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Podstawą do wypłaty Świadczenia jest wniosek o wypłatę Świadczenia złożony ING Życie (Ubezpieczycielowi) wraz z dokumentami wymienionymi w ust. 3 – 6.

2. Jeżeli w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego łączne Saldo zadłużenia wszystkich Kart, z tytułu których Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową przekroczy 200.000 zł, ING Życie (Ubezpieczyciel) wypłaci łącznie 200.000 zł i kwota ta zostanie rozdzielona na poszczególne Rachunki kart proporcjonalnie według udziału Salda zadłużenia każdej z tych Kart do łącznego Salda zadłużenia tych Kart.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego ING Życie (Ubezpieczyciel) wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę wraz ze skróconym odpisem aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez lekarza lub stosowne władze.
4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku ING Życie (Ubezpieczyciel) wypłaci Świadczenie na podstawie dokumentów wskazanych w ust. 3 oraz:
 - a) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia uprawnionego do Świadczenia,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. notatka urzędowa z policji).
5. W przypadku Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy Ubezpieczonego ING Życie (Ubezpieczyciel) wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę oraz:
 - a) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego, zaświadczenia lekarskie, dokumentacja leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań),
 - c) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych, o ile Ubezpieczony jest objęty ubezpieczeniem społecznym,
 - d) dokumentu potwierdzającego zajście i okoliczności wypadku (np. notatka urzędowa z policji – jeżeli wypadek był przyczyną Niezdolności do samodzielnego życia lub Niezdolności do pracy).
6. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego ING Życie (Ubezpieczyciel) wypłaci Świadczenie na podstawie wniosku o wypłatę oraz:
 - a) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentów potwierdzających zajście Poważnego zachorowania:
 - 1) karta wypisu ze szpitala,
 - 2) dokumentacja leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - 3) dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej,
 - 4) opinie lekarskie i wyniki badań laboratoryjnych.
7. Ponadto ING Życie (Ubezpieczyciel) może prosić o przedstawienie innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ING Życie (Ubezpieczyciela) lub do określenia tytułu wypłaty Świadczenia.
8. Dokumenty powinny być dostarczone do ING Życie (Ubezpieczyciela) w oryginałach.
9. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza albo przez osobę reprezentującą w tym zakresie ING Życie (Ubezpieczyciela) lub Ubezpieczającego (Bank).
10. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument.
11. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
12. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane jest, aby wszelkie dokumenty załączane do wniosku o wypłatę Świadczenia były przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego oraz w przypadku dokumentów urzędowych, uprzednio poświadczone przez polski konsulat lub przez inny uprawniony do tego organ.
13. Wypłata Świadczenia nastąpi niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania przez ING Życie (Ubezpieczyciela) zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ING Życie (Ubezpieczyciela) lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie

tych okoliczności było możliwe, jednak bezsporna część Świadczenia zostanie wypłacona w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

14. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje ING Życie (Ubezpieczyciel) informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego (Bank) i Ubezpieczonego lub Uposażonego dodatkowo, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia – informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
15. Świadczenie należne Ubezpieczającemu (Bankowi) jest wypłacane na wskazany przez niego rachunek bankowy. Wskazany przez Ubezpieczającego rachunek do wypłaty Świadczenia jest Rachunkiem karty kredytowej Ubezpieczonego, jest powiązany bezpośrednio z Rachunkiem karty kredytowej Ubezpieczonego lub jest to inny rachunek bankowy, którego posiadaczem jest Ubezpieczony.
16. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia Osoba uprawniona, może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu ING Życie (Ubezpieczyciela).

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. ING Życie (Ubezpieczyciel) nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie:
 - a) aktów terroryzmu,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej), zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. ING Życie (Ubezpieczyciel) nie wypłaci Świadczenia, jeżeli:
 - a) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Ubezpieczony zmarł, został spowodowany lub miał miejsce w następstwie usiłowania popełnienia przestępstwa lub popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego,
 - b) Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy bądź śmierci Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce w następstwie prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego środka transportu przez Ubezpieczonego, który nie był do tego uprawniony,
 - c) jeżeli Poważne zachorowanie, Niezdolność do samodzielnego życia albo Niezdolność do pracy została spowodowana lub miała miejsce w następstwie samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności,
 - e) jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego doszło do Niezdolności do samodzielnego życia albo Niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania bądź śmierci Ubezpieczonego, został spowodowany lub miał miejsce w następstwie pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - f) jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia albo Niezdolność do pracy zaszła w następstwie usiłowania popełnienia samobójstwa.
3. Ponadto ING Życie (Ubezpieczyciel) nie wypłaci Świadczenia, jeżeli Niezdolność do samodzielnego życia albo Niezdolność do pracy została spowodowana lub miała miejsce w następstwie Choroby psychicznej w tym nerwicy.
4. ING Życie (Ubezpieczyciel) nie wypłaci Świadczenia, jeśli Niezłśliwy guz mózgu zostanie zdiagnozowany przed upływem 90 dni od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
5. ING Życie (Ubezpieczyciel) nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w okresie jednego roku od dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 11 OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

1. Oświadczenia Ubezpieczonego składane Ubezpieczającemu (Bankowi) mogą być dokonywane w formie pisemnej bądź w uzgodnionej z Ubezpieczającym (Bankiem) formie telefonicznej lub za pośrednictwem systemu bankowości elektronicznej.
2. Oświadczenia Ubezpieczonego dotyczące wskazania lub zmiany Uposażonego dodatkowo mogą być składane Ubezpieczającemu (Bankowi) wyłącznie w formie pisemnej bądź za pośrednictwem systemu bankowości elektronicznej.

Art. 12 KORESPONDENCJA

W celu prawidłowego wykonywania Umowy wskazane jest, aby Ubezpieczony informował Ubezpieczającego (Bank) o zmianie swoich danych.

Art. 13 SKARGI

1. Ubezpieczony lub osoba uprawniona, mogą złożyć skargę na działanie ING Życie (Ubezpieczyciela).
2. Skargi lub zażalenia należy przysyłać na adres ING Życie (Ubezpieczyciela): ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A., ul. Topiel 12, 00-342 Warszawa.
3. ING Życie (Ubezpieczyciel) udzieli odpowiedzi na skargę niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania.
4. Na życzenie ING Życie (Ubezpieczyciela), skargi złożone telefonicznie lub pocztą elektroniczną powinny być potwierdzone przez Ubezpieczonego w formie pisemnej.
5. Skarga w sprawie związanej z Umową może zostać także złożona do Rzecznika Ubezpieczonych lub Komisji Nadzoru Finansowego.

Art. 14 PODATKI

1. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku zgodnie z zasadami określonymi w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w Ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
3. Jeżeli pozostawienie kwot z tytułu ubezpieczenia na życie do dyspozycji Osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają ING Życie (Ubezpieczyciela).

Art. 15 SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Art. 16 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW LUB UMOWY

1. Każda zmiana Umowy wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba, że nie narusza praw Ubezpieczonych, Uposażonych ani innych Osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
2. W przypadku rozwiązania Umowy, Strony Umowy mają obowiązek niezwłocznie poinformować Ubezpieczonych o tym fakcie oraz o terminie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 17 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa podlega przepisom prawa polskiego. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach stosuje się powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Pozew o roszczenie wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczającego (Banku), miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy albo do sądu właściwego dla siedziby ING Życie (Ubezpieczyciela).

Art. 18 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Niniejsze Warunki, zatwierdzone przez zarząd ING Życie (Ubezpieczyciela) uchwałą nr 31/2013 z 10 czerwca 2013 roku, wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2013 roku.

Anna Grzełońska

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

Członek Zarządu

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „SPŁATA NA BANK” NR ING/2013/01/NON-LIFE

(dalej: Warunki) mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia „Spłata na bank” dla Posiadaczy rachunków kart kredytowych wydawanych przez ING Bank Śląski S.A., zawartej pomiędzy Financial Insurance Company Limited a ING Bankiem Śląskim S.A. (dalej: Umowa) i stanowią jej integralną część.

Art. 1 DEFINICJE

- 1) **„Genworth (Ubezpieczyciel)”** – Financial Insurance Company Limited, działająca pod nazwą Genworth Financial z siedzibą w Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London W4 5XR, Wielka Brytania, wpisana do rejestru Companies House Wielka Brytania pod numerem 1515187, notyfikowana w Komisji Nadzoru Finansowego.
- 2) **„Ubezpieczający (Bank)”** – ING Bank Śląski S.A., który zawarł z Genworth (Ubezpieczycielem) Umowę Grupowego Ubezpieczenia „Spłata na bank” na rzecz Posiadaczy rachunków kart kredytowych i zobowiązuje się do opłacania Składki.
- 3) **„Administrator”** – Financial Insurance Group Services Sp. z o.o. Oddział w Polsce, używająca także nazwy Genworth Financial, działająca w imieniu i na rzecz Genworth (Ubezpieczyciela), w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz ustalania rozmiaru Świadczeń należnych uprawnionym do Świadczenia.
- 4) **„Deklaracja przystąpienia”** – oświadczenie woli Posiadacza rachunku karty kredytowej, w którym wyraża on wolę objęcia Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy. Deklaracja przystąpienia jest oświadczeniem składanym Genworth (Ubezpieczycielowi) poprzez złożenie jej w formie przyjętej przez Bank (Ubezpieczającego). Jeżeli Deklaracja przystąpienia ma formę pisemną, sporządzana jest w dwóch egzemplarzach i uznaje się, że po potwierdzeniu jej przyjęcia przez Bank (Ubezpieczającego) zastępuje Certyfikat. W takim przypadku jeden egzemplarz Deklaracji przystąpienia wydawany jest Ubezpieczonemu.
- 5) **„Certyfikat”** – dokument potwierdzający objęcie Ochroną ubezpieczeniową, na zasadach określonych w Warunkach, wystawiany imiennie dla każdego Ubezpieczonego.
- 6) **„Rachunek karty kredytowej”** – rachunek karty kredytowej wydanej przez ING Bank Śląski S.A.
- 7) **„Karta”** – karta kredytowa wydana przez ING Bank Śląski S.A., której dotyczy ubezpieczenie, wskazana w Certyfikacie.
- 8) **„Umowa karty”** – umowa między Posiadaczem rachunku karty kredytowej i Ubezpieczającym (Bankiem) w sprawie udzielenia limitu kredytowego na Karcie i wykonywania transakcji przy jej użyciu, w której określony jest cykl rozliczenia Karty.
- 9) **„Posiadacz rachunku karty kredytowej”** – osoba, która zawarła z Ubezpieczającym (Bankiem) Umowę karty.
- 10) **„Ubezpieczony”** – Posiadacz Rachunku karty kredytowej, który złożył Deklarację przystąpienia i został objęty ubezpieczeniem na podstawie niniejszych Warunków.
- 11) **„Świadczenie” lub „Świadczenie miesięczne”** – kwota wypłacana przez Genworth (Ubezpieczyciela) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w Warunkach.
- 12) **„Suma ubezpieczenia”** – maksymalna kwota Świadczeń wypłacana przez Ubezpieczyciela, określona w Warunkach.
- 13) **„Saldo zadłużenia”** – kwota równa wykorzystanemu limitowi na Karcie. Uruchomienie limitu do Karty (wypłata kredytu) następuje poprzez realizację dyspozycji obciążeniowych, którymi mogą być:
 - a) obciążenia kwotą transakcji dokonywanych przy użyciu Karty,
 - b) obciążenia kwotą polecenia przelewu w ciężar rachunku Karty,
 - c) obciążenia kwotą polecenia zapłaty w ciężar rachunku Karty,
 - d) pobranie przez Ubezpieczającego (Bank) odsetek od wykorzystanego limitu do Karty,
 - e) pobranie przez Ubezpieczającego (Bank) opłat i prowizji zgodnie z Tabelą opłat i prowizji Ubezpieczającego (Banku).
- 14) **„Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego”** jest to:
 - a) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy, wskazany w pierwszym Zwolnieniu, dotyczącym danej przyczyny Czasowej niezdolności do pracy;
 - b) w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego – dzień nabycia prawa do zasiłku w związku z uzyskaniem przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego.

go w rozumieniu przepisów Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

- c) w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku.

15) **„Utrata pracy”** jest to:

- a) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy – rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem złożonym przez Pracodawcę lub rozwiązanie stosunku pracy wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i Ubezpieczonego z przyczyn niedotyczących pracownika (rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn ekonomicznych leżących po stronie pracodawcy w rozumieniu właściwych przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników;
- b) w przypadku Ubezpieczonych prowadzących Działalność gospodarczą – zaprzestanie Działalności gospodarczej i wykreślenie wpisu z Ewidencji działalności gospodarczej lub uprawomocnienie się postanowienia o ogłoszeniu upadłości lub uprawomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości;
- c) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej, kontraktu menedżerskiego lub innej podobnej umowy – rozwiązanie tej umowy,

w wyniku których to zdarzeń Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku w rozumieniu przepisów Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.

16) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Genworth (Ubezpieczyciela) z tytułu Umowy, na zasadach określonych w Warunkach.

17) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagle, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Genworth (Ubezpieczyciel) udzielał Ochrony ubezpieczeniowej będące bezpośrednio i wyłącznie przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.

18) **„Choroba”** – zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.

19) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.

20) **„Choroba istniejąca”** – choroba zdiagnozowana lub leczona przez Lekarza lub obrażenia ciała powstałe w okresie 12 miesięcy kalendarzowych przed rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej, a także komplikacje albo powikłania spowodowane taką chorobą lub obrażeniami ciała, nawet jeśli wystąpiły w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

21) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.

22) **„Czasowa niezdolność do pracy”** – każda choroba, stan chorobowy, obrażenie ciała Ubezpieczonego lub związane z nimi objawy, które przez czas określony w Warunkach nie pozwalają Ubezpieczonemu na wykonywanie dotychczasowej pracy lub prowadzenie Działalności gospodarczej, albo innych zajęć, które przynoszą dochód, tylko wówczas, gdy jest potwierdzona Zwolnieniem.

23) **„Działalność gospodarcza”** – prowadzona przez Ubezpieczonego co najmniej 6 miesięcy kalendarzowych, w sposób nieprzerwany (za przerwę uważa się także okres zawieszenia prowadzenia działalności gospodarczej) jednoosobowa działalność gospodarcza podlegająca wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej albo spółka cywilna lub handlowa spółka osobowa, której współnikiem odpowiedzialnym za zobowiązania spółki bez ograniczeń jest Ubezpieczony nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.

24) **„Hospitalizacja wskutek nieszczęśliwego wypadku”** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który to wypadek miał miejsce po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uważa się dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, zaś za ostatni dzień pobytu w Szpitalu – dzień jego wypisania ze Szpitala z zastrzeżeniem, że na równi z pobytem w Szpitalu traktuje się okres pozostawania Ubezpieczonego na

Zwolnieniu, bezpośrednio po wyjściu ze Szpitala i w związku z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w Szpitalu.

- 25) **„Szpital”** – zakład opieki zdrowotnej spełniający warunki określone w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy.
- 26) **„Świadczenia emerytalne lub rentowe”** – świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, tj. emerytura lub renta inwalidzka.
- 27) **„Zwolnienie”** – zaświadczenie lekarskie na druku ZUS ZLA lub karta informacyjna ze Szpitala jeżeli Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się hospitalizacją, zaś w przypadku czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad okres, w którym dopuszczalne jest zgodnie z przepisami prawa wystawianie zaświadczeń lekarskich na drukach ZUS ZLA – decyzja o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub decyzja ZUS o czasowej niezdolności do pracy albo inna równoważna decyzja podmiotu uprawnionego z mocy prawa do orzekania o niezdolności do pracy.
- 28) **„Składka”** – składka opłacana miesięcznie przez Ubezpieczającego (Bank) z tytułu Umowy do określonego w Umowie dnia każdego miesiąca, następującego po miesiącu, którego Składka ta dotyczy, należna za jednego Ubezpieczonego.
- 29) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie prawa do wypłaty Świadczenia, zgodnie z postanowieniami Warunków.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Genworth (Ubezpieczyciel) ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Czasową niezdolność do pracy,
 - b) Utratę pracy,
 - c) Hospitalizację wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 WARUNKI PRZYSTĄPIENIA I UCZESTNICTWA W UBEZPIECZENIU

1. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje poprzez złożenie przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia w formie przyjętej przez Ubezpieczającego (Bank), w której Posiadacz rachunku karty wyraża wolę objęcia Ochroną ubezpieczeniową. Posiadacz karty wskazuje, której Karty dotyczy Deklaracja przystąpienia. Ubezpieczony może złożyć Deklarację ubezpieczenia do kilku Kart.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Posiadacz rachunku karty kredytowej, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia ukończył 18. rok życia i nie ukończył:
 - a) 60. roku życia – w odniesieniu do kobiet, oraz
 - b) 65. roku życia – w odniesieniu do mężczyzn.
3. Przyjęcie przez Ubezpieczającego Deklaracji przystąpienia od osoby, która nie spełnia warunku określonego w ustępie poprzednim nie wywołuje żadnych skutków prawnych.
4. Z zastrzeżeniem ust. 6 i 7, Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po spełnieniu łącznie następujących warunków:
 - a) złożeniu przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia,
 - b) aktywowaniu przez Ubezpieczonego Karty,i trwa nie dłużej niż przez okres trwania Umowy karty. W przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia w trakcie rozmowy telefonicznej po 24 dniu danego miesiąca kalendarzowego Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia drugiego miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu kalendarzowym w którym została złożona Deklaracja przystąpienia, pod warunkiem aktywowania przez Ubezpieczonego Karty.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 i 7, Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z dniem zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym zostało złożone oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia,
 - b) odstąpienia od Umowy karty lub jej rozwiązania,
 - c) śmierci Ubezpieczonego,
 - d) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 60 rok życia (w przypadku kobiet) lub 65 rok życia (w przypadku mężczyzn),
 - e) w przypadku rozwiązania Umowy – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona Składka z tytułu objęcia Ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego,

- f) z dniem zawarcia porozumienia pomiędzy Ubezpieczonym a Ubezpieczającym (Bankiem) w zakresie spłaty limitu udzielonego do Karty w ratach.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz ryzyka Czasowej niezdolności do pracy nie jest udzielana w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie pierwszych 90 dni następujących po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ta wygasa ponadto – poza przypadkami wskazanymi w ust. 5 powyżej – z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony nabył prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych.
 7. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia Hospitalizacji wskutek niebezpieczeństwa wypadku przysługuje wyłącznie w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) w okresie pierwszych 90 dni następujących po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) po wygaśnięciu Ochrony ubezpieczeniowej przysługującej Ubezpieczonemu z tytułu Utraty pracy i Czasowej niezdolności do pracy, w związku z nabyciem przez Ubezpieczonego uprawnień do Świadczeń emerytalnych lub rentowych.
 8. Genworth (Ubezpieczyciel) udziela Ochrony ubezpieczeniowej za okres, za który została opłacona Składka.
 9. Ubezpieczony ma w każdym czasie prawo do złożenia oświadczenia woli o rezygnacji z obejmowania Ochroną ubezpieczeniową poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji. Oświadczenie o rezygnacji staje się skuteczne z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym zostaje złożone. Oświadczenie o rezygnacji powinno być złożone Ubezpieczającemu (Bankowi).

Art. 4 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO (BANKU)

1. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do opłacania Składek należnych za poszczególnych Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do potwierdzenia Ubezpieczonemu przystąpienia do ubezpieczenia w formie Certyfikatu oraz przekazania tekstu Warunków.
3. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do przesyłania wszelkiej korespondencji dotyczącej Umowy w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni podany przez adresata adres korespondencyjny.
4. Ubezpieczający (Bank) jest zobowiązany do niezwłocznego przekazania Genworth (Ubezpieczycielowi) wszystkich skarg i zażaleń składanych przez Ubezpieczonego dotyczących Genworth (Ubezpieczyciela).

Art. 5 OBOWIĄZKI GENWORTH (UBEZPIECZYCIELA)

1. Genworth (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu wszelkich formularzy, za pośrednictwem Ubezpieczającego (Banku).
2. Genworth (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w szczególności wszelkich danych osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane przez Genworth (Ubezpieczyciela) w związku z Umową.
3. Genworth (Ubezpieczyciel) przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni podany przez adresata adres korespondencyjny.
4. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Genworth (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

W celu prawidłowego wykonywania Umowy ubezpieczenia wskazane jest aby Ubezpieczony informował Ubezpieczającego (Bank) o zmianie swoich danych osobowych oraz o zmianie adresu do korespondencji.

Art. 7 SKŁADKA

Podstawą naliczenia Składki w danym miesiącu za danego Ubezpieczonego jest Saldo zadłużenia z ostatniego dnia cyklu rozliczenia Rachunku karty kredytowej wskazanego w Umowie karty.

Art. 8 ŚWIADCZENIE

Postanowienia ogólne

1. Z zastrzeżeniem kolejnych ustępów niniejszego artykułu, w przypadku zajścia któregośkolwiek ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Genworth (Ubezpieczyciel) będzie wypłacał Ubezpieczonemu Świadczenia miesięczne w wysokości minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na Karcie w dniu ostatniego miesięcznego rozliczenia Karty, ustalonego zgodnie z Umową karty, poprzedzającego dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie mniej jednak niż 50 zł oraz nie więcej niż 5% salda zadłużenia i nie więcej niż 5000 złotych.

2. W okresie każdego kolejnych 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony nabywa prawo do wypłaty maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych. W razie nie wykorzystania limitu liczby 6 Świadczeń w danym 12-miesięcznym okresie, niewykorzystana liczba Świadczeń nie jest doliczana do limitu w kolejnym 12-miesięcznym okresie.
3. Przez okres oczekiwania, o którym mowa w kolejnych ustępach niniejszego artykułu rozumie się okres pierwszych 30 dni począwszy od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Warunkiem zaliczenia okresu oczekiwania do okresu, od którego zależy nabycie prawa do Świadczenia jest:
 - a) w odniesieniu do Utraty pracy – nieprzerwane posiadanie przez Ubezpieczonego w tym okresie statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych,
 - b) w odniesieniu do Czasowej niezdolności do pracy – nieprzerwana niezdolność do pracy Ubezpieczonego w tym okresie, potwierdzona Zwolnieniem.

Świadczenie z tytułu Utraty pracy

5. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje pod warunkiem, że Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpił w okresie wskazanym w Artykule 3 ust. 6.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Utraty pracy po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, liczonych od dnia zakończenia okresu oczekiwania.
7. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdego następnego, nieprzerwanego, 30 dniowego okresu posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
8. Z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych (Suma ubezpieczenia na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe), W każdym kolejnym 12-miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych.
9. W przypadku kolejnej Utraty pracy przez Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Świadczenie ustalane jest odpowiednio zgodnie z zasadami określonymi w ustępach poprzednich.

Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy

10. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługuje pod warunkiem, że pierwszy dzień niezdolności do pracy miał miejsce w okresie wskazanym w Artykule 3 ust. 6.
11. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy po upływie 30 dni nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy potwierdzonej w całości Zwolnieniami, liczonych od dnia zakończenia okresu oczekiwania.
12. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdego następnego, nieprzerwanego, 30 dniowego okresu Czasowej niezdolności do pracy potwierdzonej w całości Zwolnieniami.
13. Z tytułu jednego zdarzenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych (Suma ubezpieczenia na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe). W każdym kolejnym 12-miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych.
14. W przypadku ponownego zgłoszenia roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, kolejne Świadczenia przysługują zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku, gdy kolejna niezdolność Ubezpieczonego do pracy wynika z tej samej przyczyny, pomiędzy wystąpieniem poprzedniej niezdolności do pracy a wystąpieniem kolejnej niezdolności do pracy powinien upłynąć nieprzerwany okres co najmniej 180 dni,
 - b) w przypadku, gdy kolejna niezdolność Ubezpieczonego do pracy wynika z innej przyczyny –powinien odpowiednio upłynąć nieprzerwany okres co najmniej 30 dni.

Świadczenie z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku

15. Prawo do Świadczenia z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje Ubezpieczonemu w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie wskazanym w Artykule 3 ust. 7.
16. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku po upływie 14 dni nieprzerwanej hospitalizacji potwierdzonej w całości dokumentami wskazanymi w Warunkach.

17. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdego następującego po okresie, o którym mowa w ustępie poprzednim, nieprzerwanego, 30 dniowego okresu hospitalizacji, potwierdzonego w całości dokumentami wskazanymi w Warunkach.
18. Z tytułu jednego zdarzenia Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych (Suma ubezpieczenia na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe) w każdym kolejnym 12-miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

Zbięg praw do Świadczeń

19. W razie zbiegu praw do Świadczeń z tytułu różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno Świadczenie z tytułu tego zdarzenia, do którego nabył on prawo wcześniej. Jednakże w razie ustania tego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony nabędzie prawo do kolejnego Świadczenia miesięcznego, jeżeli drugie ze Zdarzeń ubezpieczeniowych pozostających w zbiegu będzie nadal trwało przez nieprzerwany okres wymagany zgodnie z powyższymi postanowieniami do nabycia prawa do tego świadczenia, obliczony począwszy od dnia następnego po dniu nabycia przez Ubezpieczonego prawa do ostatniego świadczenia z tytułu poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
20. Okresy, od których zależy prawo do poszczególnych Świadczeń muszą być nieprzerwane i pełne. Ubezpieczyciel nie wypłaca Świadczeń miesięcznych częściowo lub proporcjonalnie do niepełnych okresów, w których występowały zdarzenia Utraty pracy, Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku.

ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Podstawą do wypłaty Świadczenia jest wniosek o wypłatę Świadczenia złożony Genworth (Ubezpieczycielowi) wraz z dokumentami wymienionymi odpowiednio w ust. 2 – 4.

Hospitalizacja wskutek nieszczęśliwego wypadku

2. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać do Ubezpieczyciela (Genworth) następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz Zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) historię choroby pochodzącą ze Szpitala,
 - c) dodatkowo przed każdorazową wypłatą Świadczenia miesięcznego – zaświadczenie ze Szpitala o okresie pobytu w Szpitalu,
 - d) dokumentację zgromadzoną w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem przez Policję (jeżeli wypadek został zgłoszony Policji).

Czasowa niezdolność do pracy

3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać do Ubezpieczyciela (Genworth) następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz Zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) Zwolnienie,
 - c) dokumentację medyczną dotyczącą Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Utrata pracy

4. W przypadku zgłoszenia roszczenia o Świadczenie z tytułu Utraty pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać do Ubezpieczyciela (Genworth) następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz Zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) zaświadczenie o nadaniu Ubezpieczonemu statusu osoby bezrobotnej wydane przez właściwy urząd pracy,
 - c) dokument potwierdzający rozwiązanie umowy o pracę lub innej umowy na podstawie której Ubezpieczony wykonywał pracę, a w przypadku Ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą – zaświadczenie o wykreśleniu Ubezpieczonego z ewidencji działalności gospodarczej;
 - d) zaświadczenie o prawie do zasiłku dla bezrobotnych dotyczące miesiąca, za który Ubezpieczony wnioskuje o wypłatę Świadczenia.

Zasady ogólne

5. Po wypłacie pierwszego Świadczenia miesięcznego, w kolejnych miesiącach Ubezpieczony otrzyma dokument zawierający informacje dotyczące ostatniego wypłaconego Świadczenia oraz informacje na temat sposobu postępowania w celu

otrzymania kolejnego Świadczenia miesięcznego wraz ze wskazaniem wymaganych dokumentów

6. Ponadto Genworth (Ubezpieczyciel) może prosić o przedstawienie innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Genworth (Ubezpieczyciela) lub do określenia tytułu wypłaty Świadczenia.
7. Dokumenty powinny być dostarczone do Genworth (Ubezpieczyciela) w oryginałach.
8. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczane za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przez osobę reprezentującą w tym zakresie Genworth (Ubezpieczyciela) lub Ubezpieczającego (Bank).
9. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument.
10. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, Szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
11. W przypadku dokumentów sporządzonych w innym języku wskazane jest, aby dokumenty te były przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego oraz w przypadku dokumentów urzędowych, uprzednio poświadczone przez polski konsulat lub przez inny uprawniony do tego organ.
12. Wypłata Świadczenia nastąpi niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania przez Genworth (Ubezpieczyciela) zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Genworth (Ubezpieczyciela) lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednak bezsporna część Świadczenia zostanie wypłacona w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.
13. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Genworth (Ubezpieczyciel) informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego (Bank) i Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
14. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Genworth (Ubezpieczyciela), na adres Administratora.
15. Świadczenie należne Ubezpieczonemu wypłacane jest na Rachunek karty. W przypadku gdy w chwili wypłaty Świadczenia Rachunek karty jest zamknięty Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie na wskazany przez Ubezpieczającego inny rachunek bankowy Ubezpieczonego prowadzony przez Ubezpieczającego. W przypadku gdy w chwili wypłaty Świadczenia Ubezpieczony nie posiada żadnego rachunku prowadzonego przez Ubezpieczającego, Świadczenie wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wyłączenia ogólne

1. Genworth (Ubezpieczyciel) nie wypłaci Świadczenia jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie:
 - a) aktów terroryzmu,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej),
 - d) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku

2. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 odpowiedzialność Genworth (Ubezpieczyciela) z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona dodatkowo, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy albo Hospitalizacja wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wynikiem:
 - a) każdej Choroby istniejącej u Ubezpieczonego, jeżeli jednocześnie pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy przypada w okresie 12 miesięcy po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej;

- b) bólu kręgosłupa lub innych dolegliwości z tym związanych, odczuwanych przez Ubezpieczonego, chyba że istnieje dokumentacja medyczna potwierdzająca ten stan (badania w postaci wyników prześwietlenia, rezonansu elektromagnetycznego lub tomografii komputerowej);
- c) Choroby psychicznej lub zaburzeń umysłowych Ubezpieczonego, w tym wynikających ze stresu lub stanów wywołanych stresem, chyba że choroba lub zaburzenia zostaną zdiagnozowane przez psychiatrę;
- d) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie na receptę jednak nie przepisanych Ubezpieczonemu przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub nieszczęśliwego wypadku, powstałego na skutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
- e) operacji lub leczenia Ubezpieczonego, które z medycznego punktu widzenia nie są niezbędne do ratowania życia lub przywrócenia stanu zdrowia, w tym operacji kosmetycznej lub upiększającej;
- f) samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy dokonanego w stanie poczytalności czy niepoczytalności lub okaleczenia dokonanego przez osobę trzecią na prośbę Ubezpieczonego;
- g) nieuzasadnionej odmowy przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub wykwalifikowanego personelu, chyba że miały one na celu ratowanie życia Ubezpieczonego w związku z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony;
- h) popełnionego przez Ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia, w tym wypadku drogowego spowodowanego przez Ubezpieczonego;
- i) wypadku związanego z uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznego lub ekstremalnego sportu: boks, bobslejów, saneczkarstwa, sportu motorowego, jazdy konnej, wspinaczki górskiej, speleologii i wspinaczki skalkowej, paralotniarstwa, lotniarstwa, baloniarstwa, spadochroniarstwa, szermierki, sportu obronnego, kajakarstwa wysokogórskiego, skoków do wody, nurkowania ze sprężem;
- j) czynnego udziału Ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach lub pokazach powiązanych z uprawianiem wyżej wymienionego niebezpiecznego lub ekstremalnego sportu;
- k) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, który nie posiadał licencji na przewóz pasażerów.

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy

3. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 odpowiedzialność Genworth (Ubezpieczyciela) z tytułu Utraty pracy jest wyłączona dodatkowo, jeżeli:
 - a) przed dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę;
 - b) przed dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony został poinformowany pisemnie przez pracodawcę o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanymi z tym faktem zmianami sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczącymi bezpośrednio Ubezpieczonego;
 - c) utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę (w szczególności wygaśnięcia umowy o pracę zawartej na czas określony, na okres próbny, na zastępstwo), wypowiedzenia umowy o pracę przez Ubezpieczonego, rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego na podstawie art. 52 Kodeksu pracy, rozwiązania umowy o pracę na mocy porozumienia stron chyba, że do porozumienia stron doszło z inicjatywy pracodawcy, zaś do rozwiązania umowy o pracę na tej podstawie miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników;
 - d) Ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącym dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub Ubezpieczony był w dniu Utraty pracy współnikiem (akcjonariuszem) spółki osobowej lub kapitałowej, lub członkiem organów zarządczych przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego z wyłączeniem sytuacji, kiedy dochodzi do upadłości lub likwidacji przedsiębiorcy.

Art. 11 OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczenia Ubezpieczonego składane Ubezpieczającemu (Bankowi) lub Genworth (Ubezpieczycielowi) mogą być dokonywane w formie pisemnej bądź w uzgodnionej z Ubezpieczającym (Bankiem) lub z Genworth (Ubezpieczycielem) formie telefonicznej lub za pośrednictwem systemu bankowości elektronicznej.

Art. 12 KORESPONDENCJA

Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Genworth (Ubezpieczyciela) w związku z Umową powinny być składane na adres Administratora.

Art. 13 SKARGI

1. Ubezpieczony może złożyć skargę na działanie Genworth (Ubezpieczyciela).
2. Skargi lub zażalenia należy przesyłać na adres Administratora:
Genworth Financial
ul. E. Plater 53
00-113 Warszawa
Budynek WFC
3. Genworth (Ubezpieczyciel) udzieli odpowiedzi na skargę niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od jej otrzymania.
4. Na życzenie Genworth (Ubezpieczyciela), skargi złożone telefonicznie lub pocztą elektroniczną powinny być potwierdzone przez Ubezpieczonego w formie pisemnej.
5. Skarga w sprawie związanej z Umową może zostać także złożona do Rzecznika Ubezpieczonych lub Komisji Nadzoru Finansowego.

Art. 14 SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Art. 15 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW LUB UMOWY

1. Każda zmiana Umowy wymaga uzyskania uprzedniej zgody Ubezpieczonych, chyba, że nie narusza praw Ubezpieczonych do otrzymania Świadczenia w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. W przypadku rozwiązania Umowy, strony Umowy mają obowiązek niezwłocznie poinformować Ubezpieczonych o tym fakcie oraz o terminie wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej.

Art. 16 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa podlega przepisom prawa polskiego. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach stosuje się powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Pozew o roszczenie wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczającego (Banku), miejsca zamieszkania Ubezpieczonego albo do sądu właściwego dla siedziby Genworth (Ubezpieczyciela).

Art. 17 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Niniejsze Warunki, zatwierdzone przez Genworth (Ubezpieczyciela) w dniu 1 lipca 2013 r. wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

