



**WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
POSIADACZY RACHUNKÓW
OSZCZĘDNOŚCIOWO-ROZLICZENIOWYCH
I OSZCZĘDNOŚCIOWYCH
ING BANKU ŚLĄSKIEGO,**

**KTÓRZY PRZYSTĄPILI DO UBEZPIECZENIA POCZĄWSZY
OD DNIA 27.08.2008 ROKU DO DNIA 16.12.2012 ROKU.**

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POSIADACZY RACHUNKÓW OSZCZĘDNOŚCIOWO-ROZLICZENIOWYCH I OSZCZĘDNOŚCIOWYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze „Warunki grupowego ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING BANKU ŚLĄSKIEGO” (zwane dalej - Warunkami Ubezpieczenia lub WU) regulują zasady, na jakich Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej Klientom Banku, zawierającym z Bankiem Umowę rachunku.

DEFINICJE

§ 2

Ilekrót poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one:

1. **CHOROBA** – schorzenie, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza;
2. **CHOROBA PRZEWLEKŁA** – Choroby, które posiadają przynajmniej jedną z następujących cech: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, są spowodowane przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, długiego nadzoru, obserwacji lub opieki;
3. **CYKL ROZLICZENIOWY** – okres rozpoczynający się w dniu następnym po Dniu rozliczeniowym danego miesiąca kalendarzowego, a kończący się w Dniu rozliczeniowym kolejnego miesiąca kalendarzowego;
4. **DEKLARACJA UBEZPIECZENIOWA/DEKLARACJA ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA** – oświadczenie woli złożone przez Ubezpieczonego, mocą, którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie UMOWY, przy czym za dzień złożenia oświadczenia (dzień złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej lub odpowiednio Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia) przyjmuje się:
 - a) w przypadku Deklaracji ubezpieczeniowej/Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia składanej w formie pisemnej – dzień otrzymania przez Ubezpieczającego prawidłowo wypełnionej i podpisanej przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej/Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia;
 - b) w przypadku Deklaracji ubezpieczeniowej/Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia składanej w formie telefonicznej, przez Internet (poprzez System Bankowości Internetowej Banku) lub za pośrednictwem każdego innego przyjętego przez Ubezpieczającego kanału komunikacji – dzień, w którym Ubezpieczający otrzymał prawidłowo złożone przez Ubezpieczonego oświadczenie (Deklarację Ubezpieczeniową/Deklarację zmiany zakresu ubezpieczenia);
5. **DZIEŃ ROBOCZY** - dni inne niż soboty oraz dni ustawowo wolne od pracy;
6. **DZIEŃ ROZLICZENIOWY** – każdy pierwszy dzień danego miesiąca kalendarzowego (w przypadku, gdy dzień ten jest dniem ustawowo wolnym od pracy jest to pierwszy Dzień roboczy po tym dniu), w którym, w danym miesiącu kalendarzowym, pobierane są z Rachunku należne Ubezpieczającemu na ten dzień opłaty i prowizje;
7. **DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO:**
 - a) **Poważnego zachorowania:**
Daty wskazane w dokumentacji medycznej związanej z Poważnym zachorowaniem odpowiednio:
 - I. w przypadku Choroby – dzień zdiagnozowania Choroby;
 - II. w przypadku zabiegu – dzień przeprowadzenia zabiegu medycznego;
 - III. w przypadku przeszczepu narządów – dniem zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest dzień przeprowadzenia zabiegu operacyjnego lub medycznego;
 - b) **Hospitalizacji** – pierwszy dzień pobytu w szpitalu;
8. **HOSPITALIZACJA** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku;
9. **MIESIĘCZNE OPŁATY EKSPLOATACYJNE** – należności związane z użytkowaniem domu/lokalu mieszkalnego, do których pokrywania zobowiązany jest Ubezpieczony, jako właściciel nieruchomości albo, jako członek spółdzielni mieszkaniowej posiadający spółdzielcze lokatorskie prawo do lokalu albo spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu, lub jako najemca lokalu (z wyłączeniem wszelkich form najmu na zasadach komercyjnych lub grzeźnościowych) tj.: czynsz, prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci;
10. **NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od jakiegokolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego, szczególnie takimi, jak: zawał, krwotok, Udar mózgu. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje skutki NW powstałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela na całym świecie, z zastrzeżeniem postanowień UMOWY;
11. **ORZECZENIE** – prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 24 miesięcy;
12. **POSIADACZ RACHUNKU (dalej: POSIADACZ)** – osoba fizyczna o pełnej zdolności do czynności prawnych, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę rachunku; ilekrót w WU jest mowa o Posiadaczu, należy przez to też rozumieć Współposiadacza Rachunku (dalej: Współposiadacza), chyba że ze szczególnego zapisu wynika coś innego;
13. **POWAŻNE ZACHOROWANIE** – za poważne zachorowanie uważa się jedną ze zdefiniowanych poniżej chorób:
 - 1) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, nowe zmiany w zapisie EKG oraz podwyższony poziom enzymów sercowych. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;
 - 2) **Udar mózgu** – nagłe wystąpienie objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, spowodowane zaburzeniami krążenia mózgowego, będącymi wynikiem zawału tkanki mózgowej, wylewu wewnątrzczaszkowego lub zatoru w naczyniach mózgowych materiałem pochodzącym spoza czaszki, powodujące trwałe uszkodzenie neurologiczne; istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego

- musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu; nie uznaje się za Udar mózgu objawów mózgowych związanych z migreną, uszkodzeń mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzeń naczyniowych prowadzących do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także chorób niedokrwienych układu przedsionkowego;
- 3) **Niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie dializoterapii lub przeszczepu nerki;
 - 4) **Zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych** – dokonana przez kardiochirurga operacja (ang. bypass) wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak angioplastyka przezskórna, terapia laserowa lub inne metody leczenia nieoperacyjnego;
 - 5) **Angioplastyka tętnic wieńcowych** – zabieg, polegający na udrożnieniu, przy użyciu przezskórnej angioplastyki, terapii laserowej lub innych metod leczenia nieoperacyjnego, zwężonej lub nawet zupełnie zamkniętej tętnicy wieńcowej bez konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego wymagającego mniejszego lub większego cięcia klatki piersiowej;
 - 6) **Nowotwór złośliwy** – za nowotwór złośliwy uważa się rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek otaczających, w tym również chłoniaki i białaczki (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej); za nowotwór złośliwy nie uważa się łagodnych rozrostów komórkowych, stanów przedinwazyjnych in situ (Tis) i nieinwazyjnych (w tym dysplazja szyjki macicy CIN 1-3, rak pęcherza moczowego Ta – wg klasyfikacji TNM), zmian skórnych z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania większym lub równym pT2 (III stopień Clarka) >0,75 mm grubości nacieku wg Breslowa, nowotworów współistniejących z infekcją HIV; za datę ostatecznego rozpoznania nowotworu złośliwego uważa się datę wystawienia wyniku przeprowadzonego badania histopatologicznego;
 - 7) **Utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku; na podstawie kryteriów przyjętych przez Ubezpieczyciela o trwałości schorzenia można orzekać na podstawie badania przeprowadzonego przez lekarza okulistę;
 - 8) **Ciężkie oparzenie** – głębokie oparzenie trzeciego stopnia, obejmujące co najmniej 20% całkowitej powierzchni ciała; rozległość oparzenia jest oceniana według „reguły dziewiątek”, która przy uwzględnieniu głębokości oparzeń służy ustaleniu ciężkości urazu;
 - 9) **Przeszczep narządów wewnętrznych** – dokonanie w Polsce lub za granicą przeszczepu serca, płuca, wątroby, trzustki, jeśli Ubezpieczony jest biorcą, lub umieszczenie przez właściwego lekarza na liście biorców;
 - 10) **Nieżłośliwy guz mózgu** – łagodny guz mózgu charakteryzuje się wszystkimi poniższymi cechami:
 - a) występowanie zagrożenia życia,
 - b) spowodowanie uszkodzenia mózgu,
 - c) guz został usunięty chirurgicznie lub w przypadku nieoperacyjności spowodował trwały deficyt neurologiczny,
 - d) występowanie guza zostało potwierdzone przez specjalistę – neurologa lub neurochirurga w oparciu i wyniki magnetycznego rezonansu jądrowego, tomografii komputerowej lub innych wiarygodnych badań obrazowych.
- Nie objęte są ochroną ubezpieczeniową:
- a) torbiele,
 - b) ziarniaki,
 - c) malformacje naczyniowe,
 - d) krwiaki,
 - e) guzy przysadki mózgowej oraz rdzenia kręgosłupa;
14. **PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA** – dzień złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej; za Przystąpienie do ubezpieczenia uważane jest również złożenie przez Ubezpieczonego podpisanej Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia;
 15. **RACHUNEK** – rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy, rachunek oszczędnościowy, prowadzony w złotych;
 16. **REKREACYJNE UPRAWIANIE SPORTU O WYSOKIM STOPNIU RYZYKA** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie: alpinizmu, wspinaczki górskiej i skałkowej, raftingu, speleologii, baloniarstwa, bobsleje, saneczkarstwa, sportów motorowych i motorowodnych, jeździectwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, lotnictwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, szermierki, sportów siłowych, sportów walki i obronnych, kajakarstwa wysokogórskiego, taternictwa jaskiniowego, skoków do wody, skoków na linie, nurkowania z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfingu;
 17. **SZPITAL** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie właściwych przepisów, publiczny lub niepubliczny zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Definicja szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień: od leków, narkotyków czy alkoholu;
 18. **ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE** – świadczenie pieniężne wypłacane Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 19. **UBEZPIECZAJĄCY** – ING Bank Śląski Spółka Akcyjna;
 20. **UBEZPIECZONY** – Posiadacz, objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w UMOWIE;
 21. **UBEZPIECZYCIEL** – Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna;
 22. **UMOWA** – „Umowa grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych i oszczędnościowych ING Banku Śląskiego S.A.” zawarta pomiędzy TU Europa S.A. a ING Bankiem Śląskim S.A. w dniu 27.08.2008 r.;
 23. **UMOWA RACHUNKU** – zawarta pomiędzy osobą fizyczną i Bankiem umowa określająca zakres usług świadczonych przez Bank w ramach Rachunku;
 24. **WYCZYNOWE UPRAWIANIE SPORTU** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych;
 25. **ZAWODOWE UPRAWIANIE SPORTU** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub

- b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
- c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;

26. **ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci Poważnego zachorowania i/lub Hospitalizacji Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest, w zależności od wybranego i wskazanego przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2, zakresu ubezpieczenia:
 - 1) ryzyko Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, i/lub
 - 2) ryzyko Hospitalizacji Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może w każdym czasie na podstawie Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia dokonać zmiany uprzednio wybranego i wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej zakresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień UMOWY.
3. Ubezpieczyciel w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do realizacji Świadczeń ubezpieczeniowych wynikających z UMOWY, z zastrzeżeniem odpowiednich jej postanowień.
4. Ubezpieczony w związku z korzystaniem przez niego z jednego Rachunku nie może zostać objęty wielokrotnie ochroną ubezpieczeniową w tym samym zakresie ubezpieczenia na podstawie UMOWY. W przypadku, gdy Ubezpieczony w związku z korzystaniem przez niego z jednego Rachunku uzyskał wielokrotnie ochronę ubezpieczeniową w tym samym zakresie ubezpieczenia na podstawie UMOWY, to TU Europa S.A. zobowiązana jest jedynie do świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, jaką Ubezpieczony uzyskał składając pierwszą Deklarację ubezpieczeniową z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

Okres ubezpieczenia

§ 4

1. Pierwszy okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego jest zgodny (rozpoczyna się i kończy) z Cyklem rozliczeniowym, rozpoczynającym się w kolejnym miesiącu kalendarzowym, przypadającym po dniu Przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmienił wybrany i wskazany w Deklaracji ubezpieczeniowej zakres ubezpieczenia, zgodnie z zapisami § 3 ust. 2, to pierwszy po zmianie zakresu ubezpieczenia okres ubezpieczenia w stosunku do tego Ubezpieczonego, w zakresie wskazanym przez niego w Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia, jest zgodny (rozpoczyna się i kończy) z Cyklem

rozliczeniowym rozpoczynającym się w drugim z kolei miesiącu kalendarzowym, licząc od dnia złożenia przez Ubezpieczonego Deklaracji zmiany zakresu ubezpieczenia. Do czasu zmiany zakresu ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami zdania poprzedniego, zastosowanie mają zapisy ust.3.

3. Okres ubezpieczenia jest automatycznie przedłużany na kolejne okresy ubezpieczenia rozpoczynające się w dniu następnym po dniu zakończeniu poprzedniego Okresu ubezpieczenia i trwające do końca kolejnego Cyklu rozliczeniowego, bez konieczności składania kolejnych Deklaracji ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust. 2 i § 6.

Okres odpowiedzialności

§ 5

1. Okres odpowiedzialności (ochrona ubezpieczeniowa) w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z zastrzeżeniem ust. 2 w pierwszym dniu pierwszego okresu ubezpieczenia, a kolejne okresy odpowiedzialności równe są kolejnym okresom ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony w Dniu rozliczeniowym poprzedzającym rozpoczęcie każdego kolejnego okresu odpowiedzialności na Rachunku nie zapewnił środków na pokrycie należnych Ubezpieczającemu opłat i prowizji, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do tego Ubezpieczonego zostaje zawieszona. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zostaje kontynuowana począwszy od dnia następnego po kolejnym Dniu rozliczeniowym, pod warunkiem, że na Rachunku Ubezpieczony zapewnił środki należne Ubezpieczającemu na pokrycie opłat i prowizji.

§ 6

1. Okres odpowiedzialności i okres ubezpieczenia wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) z dniem rozwiązania Umowy rachunku,
 - 2) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) z dniem rozwiązania UMOWY,
 - 4) z chwilą wyczerpania limitu świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania w zakresie ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania.
2. W sytuacji, gdy miało miejsce zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 2 na okres, co najmniej 3 bezpośrednio następujących po sobie okresów odpowiedzialności, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa, a ponowne Przystąpienie do ubezpieczenia może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy licząc od ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając stosowne oświadczenie w formach przyjętych w stosunkach pomiędzy Ubezpieczającym, a jego klientami, to jest: pisemnie, telefonicznie, przez Internet (poprzez System Bankowości Internetowej Banku) lub za pośrednictwem każdego innego akceptowanego przez Ubezpieczającego kanału komunikacji (nośnika informacji) zapewniającego jednocześnie identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz dzień złożenia oświadczenia. Rezygnacja jest skuteczna z upływem okresu ubezpieczenia, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym. Oświadczenie

w tym zakresie składane jest za pośrednictwem Ubezpieczającego. Ponowne Przystąpienie do ubezpieczenia, w przypadku uprzedniej rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia rezygnacji, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

§ 7

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Posiadacz, którego wiek w dniu Przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza **70 lat** oraz który:

- 1) złożył odpowiednią Deklarację ubezpieczeniową/Deklarację zmiany zakresu ubezpieczenia (Przystąpienie do ubezpieczenia), oraz
- 2) zawarł Umowę rachunku, oraz
- 3) został zgłoszony do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego celem ubezpieczenia, oraz
- 4) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie jest już objęty ochroną ubezpieczeniową w tym samym zakresie ubezpieczenia na podstawie UMOWY w związku z korzystaniem przez niego z danego Rachunku.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, których Ubezpieczony nie podał, a o które Ubezpieczyciel zapytywał w związku z ubezpieczeniem w Deklaracji ubezpieczeniowej lub w innych dokumentach wymaganych przez Ubezpieczyciela przed rozpoczęciem odpowiedzialności. Jeżeli Ubezpieczony nie podał tych okoliczności z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których Ubezpieczony nie podał.

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu,
 - 2) udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, rozruchach, zamieszkach społecznych,
 - 3) pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłaczających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym (z wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
 - 5) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielenia pierwszej pomocy w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 6) chorobą psychiczną lub alkoholizmem,
 - 7) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom

- chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków) lub operacji zmiany płci,
- 8) usiłowaniem popełnienia przestępstwa lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
- 9) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
- 10) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 11) uczestnictwem Ubezpieczonego w rejsie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 12) jazdą motocyklem o pojemności skokowej silnika powyżej 50 cm³,
- 13) istniejącą u Ubezpieczonego chorobą zawodową lub Przewlekłą,
- 14) ciężką,
- 15) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji - Poważnym zachorowaniem.
2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z wszelkimi chorobami, w odniesieniu do których, w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia, zostały zdiagnozowane objawy lub wymagały porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków.
3. W ubezpieczeniu na wypadek Poważnego zachorowania, w przypadku Zawału serca lub Udaru mózgu Ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli Udar mózgu lub Zawał serca nastąpił po upływie ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył **65 lat**.
4. Ponadto, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w bezpośrednim związku z Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka oraz Zawodowym lub Wyczynowym uprawianiem sportu.
5. Zwrot kosztów poniesionych Miesięcznych opłat eksploatacyjnych (dotyczy ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania) nie przysługuje, gdy nieruchomości użytkownika jest przez osoby trzecie (nie pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym).
6. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Hospitalizacja nastąpiła w związku z planowanymi przed Przystąpieniem do ubezpieczenia: zabiegami medycznymi, zabiegami operacyjnymi, rehabilitacyjnymi lub zabiegami diagnostycznymi.
7. Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do pokrywania jakichkolwiek podatków ani opłat lokalnych; nie jest również zobowiązany do pokrywania Miesięcznych opłat eksploatacyjnych w sytuacji, kiedy dotyczą one jakichkolwiek form najmu domu/lokalu mieszkalnego na zasadach komercyjnych lub grzeźnościowych.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania

§ 10

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania w okresie pierwszych 60 dni, licząc od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie

- jednorazowego Świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie równej 10% zadeklarowanych kosztów Miesięcznych opłat eksploatacyjnych.
- Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania po upływie 60 dni, licząc od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe zgodnie z ust 3.
 - W sytuacji, o której mowa w ust. 2 Ubezpieczyciel wypłacać będzie w odstępach miesięcznych, 6 (słownie: sześć) miesięcznych Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, jednak nie więcej na jedno Świadczenie miesięczne niż wysokość zadeklarowanych kosztów Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej Wariantem ubezpieczenia, określonym w poniższej tabeli:

Zadeklarowane koszty Miesięcznych opłat eksploatacyjnych (Suma ubezpieczenia/miesiąc)
Wariant I – do 500 zł/miesiąc
Wariant II – do 1500 zł/miesiąc

- Do Miesięcznych opłat eksploatacyjnych zalicza się wszystkie opłaty zgodnie z definicją określoną w § 2 pkt 9, których termin płatności przypadał:
 - w przypadku pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego – w ciągu 30 dni od dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - w przypadku każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego – w ciągu 30 kolejnych dni od zakończenia poprzedniego terminu.

§ 11

W każdym przypadku prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania wygasa począwszy od:

- dnia zgonu Ubezpieczonego,
- ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył **70 lat**, a w przypadku Zawału serca lub Udaru mózgu – ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył **65 lat**,
- dnia, w którym Ubezpieczyciel wypłaci szóste miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania.

Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji

§ 12

- Z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie dziennych Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości zgodnej z wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej Wariantem ubezpieczenia, określonym w poniższej tabeli, z zastrzeżeniem ust. 2, począwszy od 4-go dnia Hospitalizacji, nie więcej jednak niż za 90 dni w każdym kolejnych 12 okresach odpowiedzialności w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej (rok ubezpieczeniowy):

Zadeklarowana Suma ubezpieczenia /dzień
Wariant I – 50 zł/dzień
Wariant II – 150 zł/dzień

- Począwszy od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył **65 lat**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie dziennych Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia zgodnie z ust. 1.

§ 13

W każdym przypadku prawo do dziennego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu każdej Hospitalizacji wygasa począwszy od:

- pierwszego dnia po zakończeniu Hospitalizacji,
- dnia zgonu Ubezpieczonego,
- ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył **70 lat**.

ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 14

- Należne Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień § 8-9 oraz z uwzględnieniem postanowień § 15, po dostarczeniu przez Ubezpieczonego bezpośrednio do Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę świadczenia”, oraz oryginałów lub potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego lub jednostkę organizacyjną Ubezpieczyciela wskazaną we „Wniosku o wypłatę świadczenia” kopii (kserokopii) wszystkich niezbędnych do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego dokumentów, którymi są:
 - W przypadku roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania:
 - Orzeczenie lekarza specjalisty stwierdzające Poważne zachorowanie i odpis badania potwierdzającego zaistnienie Choroby lub przebycia zabiegu medycznego,
 - kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego,
 - dokumenty (faktury, rachunki, elektroniczne potwierdzenia dokonania zapłaty rachunku) potwierdzające dokonanie Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w okresie po wystąpieniu Poważnego zachorowania (w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie po 60 dniach, licząc od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela).
 - W przypadku roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji:
 - wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w Szpitalu, historia pobytu w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - raport policji (prokuratury), jeżeli jest to możliwe w związku z zaistniałym zdarzeniem (w przypadku gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku Nieszczęśliwego wypadku),
 - inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Na wezwanie złożone przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela skan Deklaracji ubezpieczeniowej, a w przypadku wątpliwości oryginał Deklaracji ubezpieczeniowej lub taśmę z nagraniem oświadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 4.

CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 15

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego („Wniosku o wypłatę świadczenia”) Ubezpieczyciel informuje pisemnie o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. Jeżeli Ubezpieczyciel w terminie określonym w ust. 2 nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadamia pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Jeśli Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu wraz z jego wypłatą pisemną informację o wypłacie świadczenia.
6. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
8. Ubezpieczyciel może zażądać, by Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim u wskazanego lekarza na koszt Ubezpieczyciela w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 14, w szczególności zawierającej informacje o okolicznościach zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

10. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego lub Ubezpieczonego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo do składania zażaleń i skarg w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres: ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław. Zażalenia oraz skargi rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Odpowiedź Ubezpieczyciela na skargę zostanie przekazana w formie pisemnej na adres wskazany przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i/lub Uprawnionego w piśmie do Ubezpieczyciela. W przypadku nie rozpatrzenia skargi w terminie, Ubezpieczający Ubezpieczony i/lub Uprawniony zostaną poinformowani przez Ubezpieczyciela o przyczynie opóźnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi.
3. Ubezpieczony ma prawo do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego powinny być doręczane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.
5. Ubezpieczony powinien poinformować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji Ubezpieczeniowej i/lub Wniosku o wypłatę świadczenia, w szczególności poprzez złożenie oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia i adresu do korespondencji za pośrednictwem jednego z przyjętych przez Ubezpieczającego kanałów komunikacji. Ubezpieczony może również złożyć pisemne oświadczenie o zmianie danych Ubezpieczycielowi. W takim przypadku oświadczenie musi zostać potwierdzone przez Ubezpieczającego.
6. Powództwo o roszczenia wynikające z UMOWY lub stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
7. W sprawach nieuregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.