Allianz

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Twój Bezpieczny Kredyt Ochrona Życia / Ochrona Spłaty z Allianz

dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych
ING Banku Śląskiego S.A.





Ciesz się nowym mieszkaniem – bez obaw, że przeszkodzi Ci coś, czego nie możesz przewidzieć.

Pomożemy w spłacie kredytu:
- jeśli stracisz pracę lub nie będziesz mógł pracować przez pewien czas,
- w razie Twojego pobytu w szpitalu po wypadku,
- gdyby Ciebie zabrakło, również wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Teraz możesz korzystać z możliwości, jakie daje Twoja nowa przestrzeń – my zadbamy o resztę.

Pakiet składa się z dwóch umów ubezpieczenia:
- umowy zawieranej z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na podstawie OWU Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz →
- umowy zawieranej z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. na podstawie OWU Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Allianz →

MATERIAŁ REKLAMOWY

Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz

	CO ZAPEWNIA UBEZPIECZENIE?	CO WARTO WIEDZIEĆ?	ZWRÓĆ UWAGĘ
Gdyby Ciebie zabrakło	**Wypłacimy wskazanym przez Ciebie osobom saldo zadłużenia kredytu.**	• Umowa zawierana jest na czas określony – pierwsza trwa do końca roku następującego po tym, w którym ją zawarłeś; co roku możemy Ci zaproponować umowę na kolejne 12 miesięcy. • Maksymalna suma ubezpieczenia zależy od wieku osoby objętej ubezpieczeniem: – osoby do 50 lat (włącznie): **3 000 000 zł,** – osoby powyżej 50 lat: **1 500 000 zł.**	• Jeśli ubezpieczenie jest zawierane w czasie trwania umowy kredytowej, to przez pierwszych 6 miesięcy ubezpieczenia wypłacimy: – saldo zadłużenia – jeśli śmierć nastąpi wskutek nieszczęśliwego wypadku, – dwunastokrotność raty kredytu, nie więcej niż saldo zadłużenia – jeśli śmierć nie będzie związana z nieszczęśliwym wypadkiem. • W niektórych sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia – zapoznaj się z pełną listą wyłączeń odpowiedzialności, którą podajemy w § 9 warunków ubezpieczenia.
W razie poważnego zachorowania	Możesz otrzymać dwunastokrotność raty kredytu, do 60 000 zł, w razie zachorowania na jedną z poważnych chorób wymienionych w warunkach ogólnych. W razie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania świadczenie będzie równe jednej racie kredytu, do 5 000 zł.	Zakres ubezpieczenia obejmuje 11 poważnych problemów ze zdrowiem, w tym nowotwór złośliwy, zawał serca i udar mózgu.	W pierwszych 90 dniach ubezpieczenia możesz otrzymać równowartość jednej raty kredytu, do 2 500 zł
W razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub niezdolności do samodzielnego życia wskutek nieszczęśliwego wypadku	**Wypłacimy Ci saldo zadłużenia kredytu.**	Ubezpieczenie obejmuje niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnego życia spowodowane wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.	Z tej ochrony korzystasz po wyczerpaniu limitu świadczeń w związku z poważnym zachorowaniem.

JAK ZGŁOSIĆ SIĘ PO ŚWIADCZENIE?

Zajrzyj do § 14 OWU i sprawdź, jakie dokumenty są niezbędne

Wybierz wygodny dla siebie sposób zgłoszenia:

wyślij dokumenty elektronicznie
przy użyciu formularza dostępnego na allianz.pl

wyślij dokumenty pocztą
TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa

zadzwoń
+48 22 563 21 28

MATERIAŁ REKLAMOWY

Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Allianz

	CO ZAPEWNIA UBEZPIECZENIE?	CO WARTO WIEDZIEĆ?	ZWRÓĆ UWAGĘ
W razie utraty pracy	**Wypłacimy Ci świadczenie w wysokości sześciokrotności raty kredytu**, gdy utracisz pracę i będziesz mieć status osoby bezrobotnej przez co najmniej 30 dni.	• Obejmiemy Cię ochroną, jeśli uzyskujesz dochody z tytułu: - umowy o pracę, - stosunku służbowego, - kontraktu menedżerskiego, - prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej. • O dodatkowych warunkach przed zawarciem umowy ubezpieczenia przeczytasz w § 4 OWU.	• Gdy stracisz pracę, wypłacimy Ci **jednorazowo sześciokrotność raty kredytu**. • Wypłacimy świadczenia za maksymalnie **4 utraty pracy** (w całym okresie spłaty kredytu). • W czasie pierwszych 90 dni ubezpieczenia otrzymasz niższe świadczenie – wypłacimy Ci jednorazowo 10% raty kredytu.
W razie czasowej niezdolności do pracy	**Wypłacimy Ci świadczenia w wysokości rat kredytu**, gdy: • zdarzy Ci się nieszczęśliwy wypadek lub • zachorujesz i lekarz stwierdzi, że tymczasowo (co najmniej przez 21 dni) nie będziesz zdolny do pracy (będziesz na zwolnieniu lekarskim).	• Obejmiemy Cię ochroną, jeśli uzyskujesz dochody z tytułu: - umowy o pracę, - stosunku służbowego, - kontraktu menedżerskiego, - prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej. • O dodatkowych warunkach przed zawarciem umowy ubezpieczenia przeczytasz w § 4 OWU.	• Gdy będziesz niezdolny do wykonywania pracy, wypłacimy Ci maksymalnie **12 kolejnych świadczeń w wysokości rat kredytu** – jedno świadczenie w każdym miesiącu. • Łączny limit wypłat to **48 świadczeń w wysokości rat kredytu** (w całym okresie spłaty kredytu). • W czasie pierwszych 90 dni ubezpieczenia otrzymasz świadczenie, jeśli niezdolność do pracy będzie konsekwencją nieszczęśliwego wypadku.
W razie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku	**Wypłacimy Ci świadczenia w wysokości rat kredytu**, gdy wskutek nieszczęśliwego wypadku będziesz przebywał w szpitalu: • co najmniej przez 14 dni (dot. wypłaty pierwszego świadczenia), • przez kolejne 30-dniowe okresy (dot. wypłat kolejnych świadczeń).	Obejmiemy Cię ochroną, jeśli nie uzyskujesz dochodów z tytułu: - umowy o pracę, - stosunku służbowego, - kontraktu menedżerskiego, - prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej lub został wyczerpany limit świadczeń z tytułu utraty pracy.	Gdy w związku z wypadkiem będziesz w szpitalu, wypłacimy Ci maksymalnie **12 kolejnych świadczeń w wysokości rat kredytu** – jedno świadczenie w każdym miesiącu.
Gdyby wskutek nieszczęśliwego wypadku Ciebie zabrakło	Jeśli zdarzy się nieszczęśliwy wypadek i Ciebie zabraknie, **wypłacimy świadczenie osobom uposażonym.**	Obejmiemy Cię ochroną, jeśli nie uzyskujesz dochodów z tytułu: - umowy o pracę, - stosunku służbowego, - kontraktu menedżerskiego, - prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej lub został wyczerpany limit świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy.	Świadczenie wypłacimy **jednorazowo w wysokości sześciokrotności raty kredytu** (do 30 000 zł), nie więcej niż saldo zadłużenia.

Umowa zawierana jest na czas określony – pierwsza trwa do końca roku następującego po tym, w którym ją zawarłeś; co roku możemy Ci zaproponować umowę na kolejne 12 miesięcy.

JAK ZGŁOSIĆ SIĘ PO ŚWIADCZENIE?

Zajrzyj do § 18 OWU i sprawdź, jakie dokumenty będą nam potrzebne.

Wybierz wygodny dla siebie sposób zgłoszenia:

wyślij dokumenty elektronicznie
przy użyciu formularza dostępnego na allianz.pl

wyślij dokumenty pocztą
TUiR Allianz Polska S.A.,
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa

zadzwoń
+48 22 563 21 28

MATERIAŁ REKLAMOWY

Czego dowiesz się z ogólnych warunków ubezpieczenia?

Zapoznaj się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia i zwróć uwagę, że pakiet składa się z dwóch umów ubezpieczenia:

- umowy zawieranej z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. na podstawie OWU Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz →
- umowy zawieranej z Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska S.A. na podstawie OWU Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Allianz →

Na początku ogólnych warunków ubezpieczenia wyjaśnimy wszystkie terminy, którymi będziemy się posługiwać. Następnie przeczytasz, jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej i jakie warunki należy spełnić, aby móc zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia. Poznasz też wszystkie niezbędne informacje dotyczące wysokości oraz terminów opłacania składki. Sprawdzisz również:

- w jaki sposób możesz odstąpić od umowy i z czym się to wiąże,
- kiedy umowa ulega rozwiązaniu,
- w jakich sytuacjach nie jesteś objęty ochroną.

Na końcu wskażemy, komu i w jakiej wysokości wypłacimy świadczenie oraz jakie dokumenty należy przedstawić, aby je otrzymać.

SPIS TREŚCI

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Twój Bezpieczny Kredyt –
Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.

§ 1. Wprowadzenie 8
§ 2. Definicje 8
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia 10
§ 4. Kwalifikacja do ubezpieczenia 10
§ 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia i kontynuacja Umowy Ubezpieczenia 10
§ 6. Sposób ustalania i zapłaty Składki Ubezpieczeniowej 10
§ 7. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia 10
§ 8. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia 11
§ 9. Wyłączenia odpowiedzialności 11
§ 10. Suma Ubezpieczenia i świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego 11
§ 11. Uprawniony do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i Uposażony 12
§ 12. Suma Ubezpieczenia i świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania 12
§ 13. Suma ubezpieczenia i świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 12
§ 14. Zgłaszanie roszczeń 12
§ 15. Reklamacje, skargi i zażalenia 13
§ 16. Przetwarzanie danych osobowych 13
§ 17. Postanowienia końcowe 14
Załącznik nr 1 – Poważne zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje 15

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Twój Bezpieczny Kredyt –
Ochrona Spłaty z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.

§ 1. Wprowadzenie 18
§ 2. Definicje 18
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia 20
§ 4. Kwalifikacja do ubezpieczenia 21
§ 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia i kontynuacja Umowy Ubezpieczenia 21
§ 6. Sposób ustalania i zapłaty Składki Ubezpieczeniowej 21
§ 7. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia 22
§ 8. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia 22
§ 9. Ochrona Ubezpieczeniowa 22
§ 10. Generalne wyłączenia odpowiedzialności 22
§ 11. Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące Utraty Pracy 23
§ 12. Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące Czasowej Niezdolności do Pracy 23
§ 13. Wyłączenia odpowiedzialności dotyczące Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 23
§ 14. Suma Ubezpieczenia i świadczenie z tytułu Utraty Pracy 24
§ 15. Suma Ubezpieczenia i świadczenie z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy 24
§ 16. Suma Ubezpieczenia i świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 24
§ 17. Suma Ubezpieczenia i świadczenie z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 24
§ 18. Zgłaszanie roszczeń i wypłata świadczeń 25
§ 19. Reklamacje, skargi i zażalenia 25
§ 20. Przetwarzanie danych osobowych 26
§ 21. Postanowienia końcowe 27

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE TWÓJ BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA ŻYCIA Z ALLIANZ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (2/2026/INGHLP)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
Przesłanki wypłaty świadczeń	§ 3 ust. 2, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 9, § 10 ust. 3- 5 z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2
Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	Nie dotyczy

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
pod numerem KRS 0000002561, NIP 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego 95 480 000 zł (wpłacony w całości).

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE TWÓJ BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA ŻYCIA Z ALLIANZ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (2/2026/INGHLP)

§ 1. WPROWADZENIE

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A. mają zastosowanie do indywidualnych Umów Ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z Ubezpieczającymi i stanowią integralną część Umów Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Ilekroć w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A., we Wniosku Ubezpieczeniowym, w Dokumencie Ubezpieczenia oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub z jej wykonaniem są używane wymienione poniżej terminy, należy je rozumieć w następujący sposób:

1. **Agent Ubezpieczeniowy / Bank** – ING Bank Śląski S.A., z siedzibą w Katowicach.
2. **Akt Przemocy** – działanie Ubezpieczonego, które polega na bezprawnym skierowaniu czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko innej osobie oraz powoduje lub może powodować ograniczenie bądź wyłączenie swobody woli tej osoby, ból, chorobę, uszczerbki lub śmierć.
3. **Akt Terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy, lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych.
4. **Dokument Ubezpieczenia** – dokument, który określa najważniejsze postanowienia Umowy Ubezpieczenia, to jest Polisa oraz Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia.
5. **Dzień Płatności Raty Kredytu** – dzień miesiąca, wskazany w Umowie Kredytu, w którym Kredytobiorca zobowiązany jest do zapłaty Raty Kredytu.
6. **Dzień Podwyższenia Salda Zadłużenia** – dzień wypłaty kwoty, która wynika z podwyższenia Salda Zadłużenia albo wypłaty pierwszej transzy tej kwoty, na podstawie aneksu do Umowy Kredytu.
7. **Dzień Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej:**
   a) w pierwszej Umowie Ubezpieczenia – dzień następny po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniejszy niż dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu,
   b) w kontynuowanej Umowie Ubezpieczenia – dzień następny po ostatnim dniu Okresu Ubezpieczenia poprzedniej Umowy Ubezpieczenia.
8. **Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego**:
   a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – dzień śmierci,
   b) w przypadku Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego:
      - dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku Nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania oraz Nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania,
      - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku Przeszczepu narządów,
      - dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass),
      - dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań,
   c) w przypadku Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – ostatni dzień 12-miesięcznego okresu, o którym mowa w definicji Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
9. **Harmonogram Kredytu** – harmonogram spłat, który stanowi integralną część Umowy Kredytu.
10. **Kredyt** – kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny lub kredyt konsolidacyjny hipoteczny, udzielony Kredytobiorcy przez Bank na podstawie Umowy Kredytu zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku oraz pożyczka hipoteczna udzielona Kredytobiorcy na podstawie umowy pożyczki zgodnie z regulacjami bankowymi.
11. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, z którą Bank zawarł Umowę Kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, pod pojęciem Kredytobiorcy rozumie się również współkredytobiorcę.
12. **Limit** – maksymalna kwota Kredytu lub Kredytów, do których Ubezpieczyciel zawrze Umowy Ubezpieczenia i jednocześnie maksymalna kwota odpowiedzialności Ubezpieczyciela:
    a) dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest niższy lub równy 50 lat – 3 000 000 zł,
    b) dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest wyższy niż 50 lat – 1 500 000 zł.

    W przypadku Kredytu w walucie obcej kapitał Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość kapitału Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu:
    – złożenia wniosku o Kredyt – jeśli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana razem z Umową Kredytu,
    – złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego – jeśli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w czasie trwania Umowy Kredytu.
13. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
    a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
    b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
    c) występuje w czasie, gdy Ubezpieczony jest objęty Ochroną Ubezpieczeniową.
14. **Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która:
    a) rozpoczęła się w Okresie Ubezpieczenia,
    b) trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ma charakter trwały i nieodwracalny.

    Praca zarobkowa to wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje.
    Za Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
15. **Niezdolność do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku:**
    a) potwierdzony przez lekarza stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 12 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
       - kąpiel – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność umycia się,
       - ubieranie się – przez które Ubezpieczyciel rozumie zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
       - przemieszczanie się – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
       - korzystanie z toalety – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
       - odżywianie się – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność do spożycia posiłku.
    b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni; przez utratę Ubezpieczyciel rozumie amputację lub całkowitą i trwałą utratę funkcji organu lub kończyn.

16. **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z OWU w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w Okresie Ubezpieczenia.
17. **Okres Ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej określony w następujący sposób:
    a) **Pierwszy Okresu Ubezpieczenia** – okres, który:
        • rozpoczyna się w dniu następnym po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy oraz
        • kończy się 31 grudnia roku następującego po roku kalendarzowym, w którym została zawarta pierwsza Umowa Ubezpieczenia;
    b) **Kolejny Okres Ubezpieczenia** – każdy kolejny Okres Ubezpieczenia, który rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu Ubezpieczenia i trwa 12 miesięcy, o ile:
        • nie zostanie złożone oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia i
        • Propozycja Kontynuacji zostanie złożona przez Ubezpieczyciela i przyjęta przez Ubezpieczającego.
18. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.
19. **Polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia.
20. **Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego, które zaistniało po raz pierwszy w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, wskazane i zdefiniowane w Załączniku nr 1 do OWU „Definicje Poważnych Zachorowań".
21. **Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia** – oferta składana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu, która określa warunki kontynuowania Umowy Ubezpieczenia.
22. **Rata Kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu. Zobowiązanie to wynika z Harmonogramu Kredytu i obejmuje:
    a) kapitał i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału,
    b) jedynie odsetki – w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału.

    W przypadku Kredytu w walucie obcej Ratę Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość Raty Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu płatności Raty Kredytu zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
23. **Saldo Zadłużenia** – pozostała do spłaty kwota kapitału Kredytu w dniu:
    a) płatności Składki Ubezpieczeniowej – używane do naliczania tej składki,
    b) śmierci Ubezpieczonego – używane do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu śmierci,
    c) zajścia Nieszczęśliwego Wypadku – używane do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
    d) zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia – używane do ustalenia wysokości Sumy Ubezpieczenia,
    e) przypadającym bezpośrednio przed Dniem Podwyższenia Salda Zadłużenia – używane do ustalenia wysokości świadczenia przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Podwyższenia Salda Zadłużenia.

    W przypadku Kredytu w walucie obcej pozostałą do spłaty kwotę kapitału Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość tej kwoty wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego odpowiednio w dniach wskazanych w pkt a) – e).
24. **Składka Ubezpieczeniowa** – składka miesięczna należna z tytułu Umowy Ubezpieczenia, w wysokości ustalonej zgodnie z OWU, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający.
25. **Sport Wysokiego Ryzyka** – narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu.
26. **Stawka Składki** – wskaźnik procentowy, który służy do obliczania Składki Ubezpieczeniowej i jest określony we Wniosku Ubezpieczeniowym oraz w Dokumencie Ubezpieczenia.
27. **Suma Ubezpieczenia** – kwota wypłacana jako świadczenie ubezpieczeniowe zgodnie z postanowieniami OWU, w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Suma Ubezpieczenia nie może być wyższa niż kwota udzielonego Kredytu ani Limit.
28. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia.
29. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
30. **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
31. **Ubytki Neurologiczne** – deficyt lub deficyty czynności układu nerwowego, które są spowodowane chorobą lub urazem i są stwierdzane wyłącznie w badaniu przedmiotowym wykonanym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga.
    Ubezpieczenie nie obejmuje schorzeń, w przypadku których warunkiem spełnienia definicji Poważnego Zachorowania jest powstanie deficytu lub deficytów czynności układu nerwowego, podczas gdy u Ubezpieczonego wystąpił wyłącznie jeden lub kilka z następujących symptomów:
    a) zmiany, które zostały stwierdzone jedynie w badaniach obrazowych,
    b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
    c) napady padaczkowe,
    d) padaczka alkoholowa,

    bez współistniejących deficytów czynności układu nerwowego, stwierdzonych w przedmiotowym lekarskim badaniu neurologicznym.
32. **Umowa Kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu. Umowa ta określa wysokość oraz warunki spłaty Kredytu.
33. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia na Życie Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A., która jest zawierana przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem na podstawie OWU, w tym:
    a) pierwsza Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia (Wniosek Ubezpieczeniowy) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela,
    b) kontynuowana Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela (Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego.
34. **Uposażon**y – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
35. **Wiek Wstępu** – wiek Kredytobiorcy obliczony jako różnica pomiędzy:
    a) rokiem, w którym został złożony wniosek o zawarcie Umowy Kredytu – jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany przy zawieraniu Umowy Kredytu albo
    b) rokiem, w którym został złożony Wniosek Ubezpieczeniowy – jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w czasie trwania Kredytu;

    a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
36. **Wniosek Ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego. Ofertę tę można złożyć przy zawieraniu Umowy Kredytu albo w czasie trwania tej umowy.
37. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym).
38. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub z otrzymywaniem

stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

39. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które jest objęte Ochroną Ubezpieczeniową na warunkach opisanych w OWU:
    a) śmierć Ubezpieczonego,
    b) Poważne Zachorowanie,
    c) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ochrony Ubezpieczeniowej w Umowie Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenia Ubezpieczeniowe:
    a) śmierć Ubezpieczonego,
    b) Poważne Zachorowanie,
    c) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,

    przy czym:
    - Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Ubezpieczonego i Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej,
    - Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania kończy się z dniem zajścia Poważnego Zachorowania innego niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie. Z tym samym dniem rozpoczyna się Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4. KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, czyli Ubezpieczający musi być jednocześnie osobą ubezpieczoną (Ubezpieczonym).
2. Ubezpieczającym może być wyłącznie pełnoletni Kredytobiorca, którego Wiek Wstępu nie przekracza 65 lat i jednocześnie którego Wiek Wstępu powiększony o okres spłaty Kredytu nie przekracza 75 lat. Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objętych nie więcej niż 4 Kredytobiorców w odniesieniu do jednej Umowy Kredytu.
3. Umowa Ubezpieczenia nie może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego Kredytobiorca jest już objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach innej umowy ubezpieczenia dla Kredytobiorców ING Banku Śląskiego zawartej z Ubezpieczycielem i łącznie:
    a) wartość wszystkich udzielonych wcześniej Kredytów, do których zostały zawarte umowy ubezpieczenia,

    oraz
    b) wartość Kredytu, którego dotyczy złożony Wniosek Ubezpieczeniowy

    jest wyższa niż Limit.
4. Ubezpieczyciel może wymagać wypełnienia ankiety medycznej przed zawarciem pierwszej Umowy Ubezpieczenia. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub w przypadku braku spełnienia przez osobę wnioskującą o zawarcie Umowy Ubezpieczenia warunków wymienionych w § 4 OWU Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Okres Ubezpieczenia jest wskazany w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Pierwsza Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia oferty jej zawarcia przez Ubezpieczającego oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela. Oferta składana jest na formularzu Wniosku Ubezpieczeniowego. Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą akceptacji Wniosku Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza Polisą.
3. Ubezpieczyciel może złożyć Ubezpieczającemu Propozycję Kontynuacji Ubezpieczenia. Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczyciela oferty zawarcia takiej umowy (Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego, z uwzględnieniem następujących zasad:
    a) kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na 12 miesięcy, ale nie dłużej niż do ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpi rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu.
    b) Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia zostanie złożona Ubezpieczającemu nie później niż na 30 dni przed zakończeniem danego Okresu Ubezpieczenia.
    c) Jeżeli Ubezpieczający najpóźniej w terminie 14 dni przed upływem okresu, na jaki dana Umowa Ubezpieczenia została zawarta, nie złoży oświadczenia o nieprzyjęciu oferty Ubezpieczyciela oraz we wskazanym w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia terminie opłaci Składkę Ubezpieczeniową, ustaloną na podstawie Stawki Składki wskazanej w tej propozycji, uważa się, że kolejna Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia. W takiej sytuacji Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia stanowi Dokument Ubezpieczenia, który potwierdza zawarcie kontynuowanej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeśli Ubezpieczyciel nie przekaże Ubezpieczającemu Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia, to kolejna Umowa Ubezpieczenia nie zostanie zawarta.

§ 6. SPOSÓB USTALANIA I ZAPŁATY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Miesięczna Składka Ubezpieczeniowa stanowi iloczyn Stawki Składki oraz bieżącego Salda Zadłużenia w Dniu Płatności Raty Kredytu, który przypada w danym miesiącu kalendarzowym.
2. Składka Ubezpieczeniowa jest zaokrąglana do dwóch miejsc po przecinku.
3. Stawka Składki zależy od Wieku Wstępu Ubezpieczonego.
4. Składka Ubezpieczeniowa jest przeznaczona na wykonanie wszystkich zobowiązań Ubezpieczyciela, które wynikają z zawartej Umowy Ubezpieczenia, w tym pokrycie kosztów Ochrony Ubezpieczeniowej, oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki Ubezpieczeniowej za pośrednictwem Agenta Ubezpieczeniowego. Za dzień opłacenia Składki Ubezpieczeniowej uznaje się dzień, w którym Składka Ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie przekazana Agentowi.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty pierwszej Składki Ubezpieczeniowej odpowiednio:
    a) w dniu określonym w Umowie Kredytu jako Dzień Płatności Raty Kredytu, który przypada bezpośrednio po dniu uruchomienia Kredytu bądź jego pierwszej transzy,

    albo
    b) w terminie płatności Raty Kredytu z wymagalnością, która według Harmonogramu Kredytu przypada bezpośrednio po dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w czasie trwania Umowy Kredytu.
7. Kolejne Składki Ubezpieczeniowe płatne są miesięcznie, w terminach przewidzianych dla płatności Rat Kredytu, według Harmonogramu Kredytu.
8. W przypadku braku zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w wymaganym terminie albo zapłaty w niepełnej wysokości Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki, wyznaczając Ubezpieczającemu dodatkowy termin 7 dni kalendarzowych na jej zapłatę. Brak zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie będzie równoznaczny z rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający opłaca pierwszą Składkę Ubezpieczeniową należną w Kolejnym Okresie Ubezpieczenia w terminie wskazanym w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia oraz w wysokości ustalonej na podstawie Stawki Składki, również wskazanej w tym dokumencie.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli jednak najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość termin 30-dniowy biegnie od dnia poinformowania Ubezpieczającego o zawarciu Umowy Ubezpieczenia lub od dnia otrzymania informacji wymaganych przepisami ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach

konsumenta, przy zawieraniu umów na odległość – jeśli jest to termin późniejszy.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
3. Odstąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy Kredytu oznacza jednocześnie odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Kredytu.

§ 8. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej:
   a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   b) z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
   c) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia,
   d) z upływem okresu, na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta, o ile Umowa Ubezpieczenia nie jest kontynuowana zgodnie z § 5 ust. 3,
   e) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia;
   f) z dniem bezskutecznego upływu terminu dodatkowego 7 dni na zapłatę Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczonego Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty,
   g) w przypadku wcześniejszej spłaty Kredytu i w związku z tym – rozwiązania Umowy Kredytu, Umowa Ubezpieczenia wygasa:
      • z dniem rozwiązania Umowy Kredytu – jeżeli termin płatności Składki Ubezpieczeniowej za miesiąc, w którym nastąpiła spłata Kredytu, przypada w dniu lub po dniu spłaty Kredytu,
      • z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu – jeżeli termin płatności Składki Ubezpieczeniowej za miesiąc, w którym nastąpiła spłata Kredytu, przypada przed dniem spłaty Kredytu.
   h) w przypadku rozwiązania Umowy Kredytu zgodnie z Harmonogramem Kredytu Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiła spłata Kredytu.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania.
3. Z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia wygasa Ochrona Ubezpieczeniowa.

§ 9. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, Poważne Zachorowanie, Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
   a) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
   b) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych, użycia broni masowego rażenia, masowego skażenia: chemicznego, biologicznego lub wynikającego z działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
   c) w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
   d) w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy,
   e) w wyniku samobójstwa Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od dnia zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia,
   f) w związku z uprawianiem przez Ubezpieczonego Sportu Wysokiego Ryzyka lub Wyczynowego Uprawiania Sportu lub Zawodowego Uprawiania Sportu;
   g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
   h) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków;
   i) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
   j) w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego obowiązków jako:
      • żołnierz, pracownik ochrony z bronią, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
      • ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
      • sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
      • saper, strażak, pirotechnik, nurek;
   k) w związku z pracą Ubezpieczonego:
      • jako artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub treser zwierząt cyrkowych, kaskader,
      • z materiałami wybuchowymi, chemicznymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
      • wykonywaną na wysokości od 15 m wzwyż,
      • na morzu, pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeśli śmierć lub Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego:
   a) nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia i
   b) będzie następstwem chorób Ubezpieczonego rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy poprzedzających zawarcie Umowy Ubezpieczenia.

   Ograniczenia tego nie stosuje się do osób, które wypełniły ankietę medyczną i zawarły Umowę Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego jeżeli Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło:
   a) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
   b) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV.
4. W okresie pierwszych 3 lat od dnia zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności za skutki tych okoliczności, o które pytał przed zawarciem pierwszej Umowy Ubezpieczenia, a które Ubezpieczony zataił lub podał do jego wiadomości niezgodnie z prawdą.

§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku śmierci Ubezpieczonego jest równe Sumie Ubezpieczenia.
2. Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia:
   a) z dnia śmierci Ubezpieczonego – w przypadku śmierci z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy Wypadek,
   b) z dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w ciągu 180 dni od dnia zajścia tego wypadku, również wtedy gdy Ubezpieczony zmarł po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia,

   z zastrzeżeniem poniższych ustępów.
3. Suma Ubezpieczenia nie może być wyższa niż kwota udzielonego Kredytu i Limit.
4. Dla osób zawierających pierwszą Umowę Ubezpieczenia w czasie trwania Umowy Kredytu, przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy Wypadek jest równa 12-krotności Raty Kredytu przypadającej do spłaty

według Harmonogramu Kredytu bezpośrednio po dniu śmierci, ale nie więcej niż Saldo Zadłużenia.
5. Dla Kredytobiorców objętych już Ochroną Ubezpieczeniową i podwyższających Saldo Zadłużenia w czasie trwania Umowy Kredytu, przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Podwyższenia Salda Zadłużenia Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy Wypadek jest równa Saldu Zadłużenia ustalonemu zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed Dniem Podwyższenia Salda Zadłużenia.
6. W okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia ustalonemu zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu.

§ 11. UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO I UPOSAŻONY

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony, w częściach określonych przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony ma prawo wskazać i zmienić Uposażonych oraz określić lub zmienić ich udziały w świadczeniu w każdym czasie trwania Umowy Ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, to udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, to udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
4. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony nie żyje albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w złotych polskich, przelewem na wskazany rachunek bankowy, który należy do uprawnionego do świadczenia albo w inny sposób ustalony z tą osobą.

§ 12. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12-krotność Raty Kredytu, nie więcej niż 60 000 zł.
3. W przypadku Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego Suma Ubezpieczenia jest ustalana zgodnie z następującymi zasadami:
   a) jeżeli Poważne Zachorowanie zajdzie w okresie pierwszych 90 dni od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, to Suma Ubezpieczenia stanowi równowartość 1 Raty Kredytu przypadającej do spłaty według Harmonogramu Kredytu bezpośrednio po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, nie więcej niż 2500 zł;
   b) jeżeli Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania zajdzie po upływie 90 dni od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, to Suma Ubezpieczenia jest równa 1 Racie Kredytu, nie więcej niż 5 000 zł;
   c) jeżeli Poważne Zachorowanie inne niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania zajdzie po upływie 90 dni od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, to Suma Ubezpieczenia jest równa 12-krotności Raty Kredytu, nie więcej niż 60 000 zł.
   Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do ustalenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania wynosi 5 000 zł. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa – odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do Sumy Ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości Raty Kredytu.
4. Jeśli Ubezpieczony otrzyma świadczenie ubezpieczeniowe za Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania, to Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania trwa nadal i Ubezpieczony może otrzymać kolejne świadczenie ubezpieczeniowe za Poważne Zachorowanie inne niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania. Wysokość tego kolejnego świadczenia Ubezpieczyciel obliczy jako różnicę pomiędzy:
   a) 12-krotnością Raty Kredytu, nie wyższą niż 60 000 zł, a
   b) Sumą Ubezpieczenia wypłaconą za Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania.
   Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania wygasa z dniem zajścia tego kolejnego Poważnego Zachorowania. Świadczenie ubezpieczeniowe za Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania jest wypłacane tylko raz w czasie trwania Umowy Ubezpieczenia.
5. Jeśli Ubezpieczony otrzyma świadczenie ubezpieczeniowe za Poważne Zachorowanie inne niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania, to Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania wygasa z dniem zajścia tego Poważnego Zachorowania.

§ 13. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEGO ŻYCIA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia z dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
3. Suma Ubezpieczenia nie może być wyższa niż kwota udzielonego Kredytu i Limit.
4. W okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia ustalonemu zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu.

§ 14. ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz po wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
2. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym Ubezpieczyciel informuje o tym uprawnionych do otrzymania świadczenia oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego tego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego należy dostarczyć:
   a) wniosek o wypłatę świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
   b) skrócony odpis aktu zgonu a także kopię karty zgonu lub dokumentację medyczną, która zawiera informację o przyczynie śmierci; jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to należy dostarczyć inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę; jeśli Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Polski, to należy dostarczyć dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło;
   c) kopie dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   d) kopię dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia lub potwierdzić tożsamość tej osoby innymi metodami, w tym poprzez środki elektroniczne – jeśli uprawniony jest osobą fizyczną.
4. W przypadku Poważnego Zachorowania należy dostarczyć:
   a) wniosek o wypłatę świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopię dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego lub potwierdzić tożsamość tej osoby innymi metodami, w tym poprzez środki elektroniczne
   c) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania, tj. dokumentację z diagnostyki,

rozpoznania i leczenia, w tym: karty wypisu ze szpitala, dokumentację leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań,
   d) inne dokumenty, które dotyczą Poważnego Zachorowania niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela – na wniosek Ubezpieczyciela.
5. W przypadku Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku należy dostarczyć:
   a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopię dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego lub potwierdzić tożsamość tej osoby innymi metodami, w tym poprzez środki elektroniczne,
   c) dokumenty, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
   d) dokumenty, które potwierdzają Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – orzeczenia lekarskie, zaświadczenia oraz wyniki badań Ubezpieczonego.
6. Gdy Ubezpieczyciel otrzyma wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to może skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na koszt Ubezpieczyciela i przez wyznaczonego przez Ubezpieczyciela lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
7. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia lub powiadomienia Ubezpieczonego lub innej osoby występującej z roszczeniem o odmowie wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.
9. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 8, 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 powinien spełnić w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.

§ 15. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Ubezpieczyciela przez: Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy Ubezpieczenia, w których zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamację, skargę lub zażalenie na usługi Ubezpieczyciela można złożyć w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (ul. Sokolska 34, 40-086 Katowice).
3. Można to zrobić:
   a) na piśmie:
      • w postaci papierowej – osobiście w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela, w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (adresy wskazane wyżej), albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
      • w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-73604-64978-TAJBC-22;
   b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 22 563 21 28, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela, w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (adresy wskazane wyżej).
4. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Ubezpieczyciela lub osoba, którą zarząd upoważni.
5. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, Ubezpieczyciel może wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
6. Ubezpieczyciel odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie:
   a) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci papierowej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   b) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi:
      • z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację, skargę lub zażalenie, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez składającego reklamację, skargę lub zażalenie, w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
      • na adres składającego reklamację, skargę lub zażalenie do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały wysłane na adres do doręczeń elektronicznych;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem składającego reklamację, skargę lub zażalenie – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone ustnie.
7. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym i zażaleniowym Ubezpieczyciel udostępnia na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach obsługujących klientów.
8. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
9. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Ubezpieczyciela do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu Ubezpieczyciel ma obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (udział Ubezpieczyciela w tym postępowaniu wymaga zgody Ubezpieczyciela). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

§ 16. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna jest administratorem danych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie.
2. Dane Ubezpieczonych są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Dane Ubezpieczających są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, oraz w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
4. Dane osób uprawnionych do otrzymania świadczenia są przetwarzane na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest wykonanie Umowy Ubezpieczenia oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Dane potencjalnych klientów są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest zawarcie Umowy Ubezpieczenia.

6. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe klientów Ubezpieczyciela mogą zostać przekazane następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom w zakresie i celu wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia, Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz innym podmiotom w celach marketingowych, pod warunkiem uzyskania zgody osoby, której dane dotyczą.
7. Dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, orzecznikom medycznym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
8. Dane osobowe Ubezpieczyciel zbiera od osoby, której dotyczą, poprzez formularze wniosków ubezpieczeniowych, formularze zmiany danych, formularze zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty związane z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia.
9. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe Ubezpieczonych mogą zostać uzyskane od: innych ubezpieczycieli, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
10. Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony danych osobowych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.
11. Dane osobowe będą przetwarzane do dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z Umowy Ubezpieczenia, oraz do zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
12. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo:
    a) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarza administrator,
    b) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
    c) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
    d) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika,
    e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
    f) wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
    g) przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe osoba, której dane przetwarzamy może przesłać innemu administratorowi danych.
13. Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych został umieszczony na stronie internetowej Ubezpieczyciela, w Polityce prywatności.

§ 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć:
    a) według przepisów o właściwości ogólnej – tj. zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
    b) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia,
    c) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Do świadczeń wypłacanych przez Ubezpieczyciela mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w tym w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe informacje dotyczące opodatkowania świadczeń są wskazane we Wniosku Ubezpieczeniowym oraz w Polisie.
4. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zobowiązani są informować siebie nawzajem o wszelkich zmianach swojego adresu do korespondencji.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
6. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy Ubezpieczenia można składać:
    a) na piśmie – dostarczyć osobiście w biurze Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
    b) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej Ubezpieczyciela allianz.pl albo
    c) w inny uzgodniony z Ubezpieczycielem sposób.
    Reklamację można złożyć w sposób wskazany w § 15 Reklamacje. Oświadczenie dotyczące odstąpienia od Umowy można złożyć w dowolnej formie.

    Dyspozycje muszą zawierać dane, które umożliwiają identyfikację osoby, która je składa.
7. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
8. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Uzyskane poza terytorium Polski dokumenty urzędowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie braku tego uwierzytelnienia – przez polską placówkę dyplomatyczną lub przez inny uprawniony do tego organ.
9. Korespondencję związaną z Umową Ubezpieczenia Ubezpieczyciel przesyła na ostatni podany przez Ubezpieczającego adres albo ostatni podany adres e-mail – jeśli Ubezpieczający zgodził się na taką formę albo w inny uzgodniony z nim sposób.
10. Korespondencję, która dotyczy wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel kieruje:
    a) na ostatni znany adres Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia,
    b) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
    c) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.
11. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zapewnia częściowe zaspakajanie roszczeń osób uprawnionych z umów ubezpieczenia na życie w sytuacjach wskazanych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 158/2026 i obowiązują od 22 listopada 2026 r.

Załącznik nr 1

POWAŻNE ZACHOROWANIA OBJĘTE UBEZPIECZENIEM I ICH DEFINICJE

Załącznik nr 1 jest integralną częścią OWU.

1	**Nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje: a) nowotworów, które spełniają definicję nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, b) guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne). Ubezpieczenie nie obejmuje: c) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, d) mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
2	**Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące nowotwory złośliwe w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości: a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), d) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa, f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika. Ubezpieczenie nie obejmuje: • dysplazji, • zmian przedrakowych, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
3	**Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, tętniaków, krwiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego.
4	**Świeży zawał serca** – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia świeżego zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: • niestabilnej choroby wieńcowej, epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca, • zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów świeżego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi.

5	**Udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej (również móżdżku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności: • nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu, • obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania, • obecność nowych zmian charakterystycznych dla świeżego udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: • epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND), • zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem, • patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki), • innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu).
6	**Schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią** – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii. Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog. Poważnym Zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii.
7	**Przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego** – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka albo szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym Zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym Zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregokolwiek z wymienionych narządów. Ubezpieczenie nie obejmuje: a) przeszczepu innego narządu niż wymienione, b) przeszczepu wysp trzustkowych ani c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem.
8	**Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog. Ubezpieczenie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych, w tym techniki laserowe.
9	**Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku. Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista. Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym.
10	**Sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu** – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz: a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i b) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu i c) jest leczona w Szpitalu. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3).
11	**Oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała** – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi.

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA TWÓJ BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA SPŁATY Z ALLIANZ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (ING/H/2/2026)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	§ 2 pkt 6), 17), 21), 26), 33), 42), 48), 49); § 3; § 9; § 14; § 15; § 16; § 17; § 18 ust. 1, 3-12; z zastosowaniem pozostałych definicji zawartych w § 2.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 pkt 21) § 9; § 10-13; § 14; § 15 ust. 1-2, 5-6; § 16 ust. 1-2, 5-6; § 17 ust. 1-3; § 18 ust. 8; z zastosowaniem pozostałych definicji zawartych w § 2.

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa,
wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,
pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA TWÓJ BEZPIECZNY KREDYT – OCHRONA SPŁATY Z ALLIANZ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (ING/H/2/2026)

§ 1. WPROWADZENIE

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Allianz dla Kredytobiorców kredytu hipotecznego ING Banku Śląskiego S.A. mają zastosowanie do indywidualnych Umowach Ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z Ubezpieczającym i stanowią integralną część Umów Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Ilekroć w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Wniosku Ubezpieczeniowym i Dokumencie Ubezpieczenia oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub z jej wykonaniem używa się wymienionych poniżej terminów, należy je rozumieć w następujący sposób:

1) **Agent Ubezpieczeniowy/Bank** – ING Bank Śląski S.A. z siedzibą w Katowicach;
2) **Akt Przemocy** – działanie Ubezpieczonego, które polega na bezprawnym skierowaniu czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko innej osobie oraz powoduje lub może powodować ograniczenie bądź wyłączenie swobody woli tej osoby, ból, chorobę, uszczerbki lub śmierć;
3) **Akt Terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
4) **Aktywność Zarobkowa** – podejmowana przez Ubezpieczonego aktywność mająca cel zarobkowy, niezależnie od jej formy, wykonywana w ramach umowy o pracę, umowy o dzieło, umowy zlecenia, doradztwa, pełnienia funkcji w zarządzie, radzie nadzorczej lub komisji rewizyjnej, uczestnictwa w spółce osobowej, działalności gospodarczej, działalności wytwórczej w rolnictwie; za Aktywność Zarobkową, w rozumieniu OWU, nie jest uważana sprzedaż rzeczy stanowiących osobisty majątek;
5) **Choroba** – zdiagnozowana przez lekarza rekcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, powstała z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek;
6) **Czasowa Niezdolność do Pracy** – brak zdolności do wykonywania Aktywności Zarobkowej przez Ubezpieczonego, trwający w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej nieprzerwanie przez okres co najmniej 21 dni, spowodowany Chorobą lub Nieszczęśliwym Wypadkiem, potwierdzony zaświadczeniem lekarskim wystawionym zgodnie z właściwymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
7) **Dokument Ubezpieczenia** – dokument, który określa najważniejsze postanowienia Umowy Ubezpieczenia, to jest Polisa oraz Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia;
8) **Dzień Płatności Raty Kredytu** – dzień miesiąca, wskazany w Umowie Kredytu, w którym Kredytobiorca zobowiązany jest do zapłaty Raty Kredytu;
9) **Dzień Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej:**
   a) w pierwszej Umowie Ubezpieczenia – dzień następny po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniejszy niż dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu,
   b) w kontynuowanej Umowie Ubezpieczenia – dzień następny po ostatnim dniu Okresu Ubezpieczenia poprzedniej Umowy Ubezpieczenia;
10) **Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego:**
    a) w odniesieniu do Utraty Pracy – odpowiednio dzień rozwiązania/wygaśnięcia Umowy o pracę lub Stosunku służbowego, lub Kontraktu menedżerskiego albo dzień wyrejestrowania działalności gospodarczej Ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości przedsiębiorstwa Ubezpieczonego z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego;
    b) w odniesieniu do Czasowej Niezdolności do Pracy – pierwszy dzień Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego, wskazany w zaświadczeniu lekarskim wystawionym zgodnie z właściwymi powszechnie obowiązującymi przepisami prawa;
    c) w odniesieniu do Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – pierwszy dzień Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
    d) w odniesieniu do Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – dzień zajścia Nieszczęśliwego Wypadku, o ile był on bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zgonu Ubezpieczonego przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku;
11) **Harmonogram Kredytu** – harmonogram spłat, który stanowi integralną część Umowy Kredytu;
12) **Kontrakt menedżerski** – umowa cywilnoprawna, której przedmiotem jest stałe, osobiste wykonywanie przez osobę fizyczną czynności zarządu przedsiębiorstwem zleceniodawcy (przedsiębiorcy) w jego imieniu i na jego rzecz, za wynagrodzeniem;
13) **Kredyt** – kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny lub kredyt konsolidacyjny hipoteczny, udzielony Kredytobiorcy przez Bank na podstawie Umowy Kredytu zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku oraz pożyczka hipoteczna udzielona Kredytobiorcy na podstawie umowy pożyczki zgodnie z regulacjami bankowymi;
14) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, z którą Bank zawarł Umowę Kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom pod pojęciem Kredytobiorcy rozumie się również współkredytobiorcę;
15) **Limit** – maksymalna kwota Kredytu lub Kredytów, do których Ubezpieczyciel zawrze Umowy Ubezpieczenia:
    a) dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest niższy lub równy 50 lat – 3 000 000 złotych;
    b) dla Kredytobiorcy, którego Wiek Wstępu jest wyższy niż 50 lat – 1 500 000 złotych;

    W przypadku Kredytu w walucie obcej kapitał Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość kapitału Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu:
    a) złożenia wniosku o Kredyt – jeśli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana razem z Umową Kredytu,
    b) złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego – jeśli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w czasie trwania Umowy Kredytu.
16) **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
    a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
    b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną – czyli taką, która nie jest związana z Chorobą i Zaburzeniami psychicznymi,
    c) występuje w czasie, gdy Ubezpieczony jest objęty Ochroną Ubezpieczeniową;
17) **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z OWU w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w Okresie Ubezpieczenia;
18) **Okres Ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej, określony w następujący sposób:
    a) Pierwszy Okres Ubezpieczenia – okres, który:
       • rozpoczyna się w dniu następnym po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy oraz
       • kończy się 31 grudnia roku następującego po roku kalendarzowym, w którym została zawarta pierwsza Umowa Ubezpieczenia,
    b) Kolejny Okres Ubezpieczenia – każdy kolejny Okres Ubezpieczenia, który rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu Ubezpieczenia i trwa 12 miesięcy, o ile:
       • nie zostanie złożone oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia i
       • Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia zostanie złożona przez Ubezpieczyciela i przyjęta przez Ubezpieczającego;

19) **Osoba Bliska** – małżonek Ubezpieczonego, wstępni, zstępni, pasierbowie, dzieci przysposobione lub przyjęte na wychowanie, rodzeństwo, ojczym, macocha, teściowie, synowe, zięciowie, osoby pozostające w konkubinacie;
20) **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.;
21) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – nieprzerwany, co najmniej 14-dniowy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku. Pobyt ten musi rozpocząć się w ciągu 12 miesięcy od tego wypadku i musi być odnotowany w dokumentacji medycznej Szpitala zgodnie z obowiązującymi przepisami. Celem Pobytu w Szpitalu jest leczenie uzasadnione stanem zdrowia Ubezpieczonego. Nieprzerwany pobyt w więcej niż jednym Szpitalu traktujemy jako jeden Pobyt w Szpitalu Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku. Pierwszym dniem pobytu w Szpitalu jest dzień przyjęcia do Szpitala, a ostatnim – dzień wypisu.
Ubezpieczenie nie obejmuje pobytu: na oddziale rehabilitacyjnym, w ośrodku opieki dla przewlekle chorych, w hospicjum (także onkologicznym), ośrodku leczenia uzależnień, ośrodku rehabilitacji, ośrodku sanatoryjnym lub wypoczynkowym, zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego, w tym szpitalu uzdrowiskowym ani szpitalu uzdrowiskowo-rehabilitacyjnym.
22) **Polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia;
23) **Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia** – oferta składana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu, która określa warunki kontynuowania Umowy Ubezpieczenia;
24) **Przyczyny ekonomiczne** – uwarunkowania gospodarcze, dla których w danym momencie prowadzona przez Ubezpieczonego działalność gospodarcza znalazła się w trudnej sytuacji finansowej tj.:
    a) w okresie ostatnich 6 miesięcy poprzedzających zajście Zdarzenia Ubezpieczeniowego Ubezpieczony ponosił stratę finansową przez okres przynajmniej jednego miesiąca, w związku z prowadzoną działalnością gospodarczą, albo
    b) Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie tej działalności, albo
    c) pracodawca rozwiązał z Ubezpieczonym umowę cywilno-prawną, w ramach której Ubezpieczony wykonywał swoją działalność gospodarczą;
25) **Rata Kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu. Zobowiązanie to wynika z Harmonogramu Kredytu i obejmuje:
    a) kapitał i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału,
    b) jedynie odsetki – w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału;

    W przypadku Kredytu w walucie obcej, Ratę Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość Raty Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu płatności Raty Kredytu zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
26) **Saldo Zadłużenia** – pozostała do spłaty kwota kapitału Kredytu w dniu:
    a) płatności Składki Ubezpieczeniowej – używane do naliczania tej składki,
    b) zajścia Nieszczęśliwego Wypadku – używane do ustalenia limitu świadczenia z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;

    W przypadku Kredytu w walucie obcej pozostałą do spłaty kwotę kapitału Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość tej kwoty wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego odpowiednio w dniach wskazanych w pkt a) - b);
27) **Składka Ubezpieczeniowa** – składka miesięczna należna z tytułu Umowy Ubezpieczenia w wysokości ustalonej zgodnie z OWU, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający;
28) **Sport Wysokiego Ryzyka** – narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu;
29) **Stan po użyciu alkoholu** – stan gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do stężenie we krwi od 0,2‰ alkoholu albo obecność w wydychanym powietrzu wynosi od 0,1 mg alkoholu w 1 dm^3;
30) **Status Bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę zarejestrowaną jako bezrobotna w polskim właściwym powiatowym urzędzie pracy, zgodnie z przepisami dotyczącymi zasad promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy. Pierwszym dniem uzyskania przez Ubezpieczonego Statusu Bezrobotnego jest dzień rejestracji.
31) **Stawka Składki** – określony we Wniosku Ubezpieczeniowym oraz w Dokumencie Ubezpieczenia wskaźnik procentowy, który służy do obliczenia Składki Ubezpieczeniowej;
32) **Stosunek służbowy** – zatrudnienie na podstawie powołania, wyboru lub mianowania, uregulowane obowiązującymi przepisami prawa polskiego w tym zakresie;
33) **Suma Ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego ustalana na zasadach określonych w OWU;
34) **Szpital** – podmiot leczniczy, który:
    a) świadczy całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia,
    b) zatrudnia wykwalifikowany zespół lekarski i pielęgniarski;

    Podmiot leczniczy, który udziela świadczeń na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, musi być zarejestrowany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako podmiot, który prowadzi działalność leczniczą w zakresie świadczeń szpitalnych.
35) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia;
36) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego utrata stałego źródła dochodów lub życie lub zdrowie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia; Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym;
37) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
38) **Umowa Kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu. Umowa ta określa wysokość oraz warunki spłaty Kredytu;
39) **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Spłaty z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A., która jest zawierana przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem na podstawie OWU, w tym:
    a) pierwsza Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia (Wniosek Ubezpieczeniowy) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela;
    b) kontynuowana Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela (Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego;
40) **Umowa o pracę** – umowa o pracę w rozumieniu ustawy Kodeks pracy, zawarta na czas określony lub nieokreślony;
41) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
42) **Utrata Pracy** – zdarzenie polegające na mającym miejsce w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej:
    a) w przypadku osób fizycznych świadczących pracę na podstawie Umowy o pracę lub na podstawie Stosunku służbowego – rozwiązaniu Umowy o pracę z powodu wypowiedzenia Umowy o pracę przez pracodawcę, rozwiązaniu Umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia bez winy pracownika, w tym również stosunku służby, rozwiązaniu Umowy o pracę na skutek wypowiedzenia przez pracownika w trybie art. 55 Kodeksu Pracy, wygaśnięciu Umowy o pracę wskutek śmierci pracodawcy Ubezpieczonego oraz wskutek rozwiązania Umowy o pracę lub Stosunku służbowego za porozumieniem stron z inicjatywy pracodawcy z przyczyn niedotyczących pracownika w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (w tym zwolnienia grupowe), odwołania ze stanowiska lub funkcji w ramach Stosunku

służbowego, z wyłączeniem sytuacji, kiedy odwołanie następuje na wniosek Ubezpieczonego;
b) w przypadku osób prowadzących samodzielną działalność gospodarczą (Utrata stałego źródła dochodu) – spowodowanemu Przyczynami ekonomicznymi zaprzestaniu prowadzenia i wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 2 lipca 2004 roku o swobodzie działalności gospodarczej lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub uprawomocnieniu się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, przy czym złożenie wniosku o ogłoszenie upadłości nastąpiło w Okresie Ubezpieczenia,
c) w przypadku osób fizycznych świadczących pracę (usługi) na podstawie Kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie tego kontraktu przez dającego zlecenie lub wskutek rozwiązania Kontraktu menedżerskiego za porozumieniem z inicjatywy pracodawcy;

w wyniku którego Ubezpieczony uzyskał Status Bezrobotnego i który to status trwa w Okresie Ubezpieczenia nieprzerwanie przynajmniej 30 dni;

43) **Wiek Wstępu** – wiek Kredytobiorcy obliczony jako różnica pomiędzy:
a) rokiem, w którym został złożony wniosek o zawarcie Umowy Kredytu – jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany przy zawieraniu Umowy Kredytu,
b) rokiem, w którym został złożony Wniosek Ubezpieczeniowy – jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w czasie trwania Kredytu,

a rokiem urodzenia Kredytobiorcy;
44) **Wniosek Ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego;
45) **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym);
46) **Zaburzenia psychiczne** – schorzenie z kategorii zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania, zakwalifikowane według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako pozycje F00-F99 (w razie przyjęcia kolejnej wersji tej klasyfikacji uwzględnimy nowe oznaczenia ICD tych samych jednostek chorobowych);
47) **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub z otrzymywaniem stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki;
48) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie powstałe w Okresie Ubezpieczenia, które jest objęte zakresem Ochrony Ubezpieczeniowej na warunkach określonych w OWU:
a) Utrata Pracy,
b) Czasowa Niezdolność do Pracy,
c) Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
d) Zgon wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
49) **Zgon wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku który nastąpił w ciągu 180 dni od dnia zajścia tego wypadku.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ochrony Ubezpieczeniowej w Umowie Ubezpieczenia są:
a) utrata stałego źródła dochodów – w przypadku udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Utraty Pracy zgodnie z ust. 4,
b) zdrowie – w przypadku udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Czasowej Niezdolności do Pracy zgodnie z ust. 4 lub w zakresie Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zgodnie z ust. 5,
c) życie – w przypadku udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zgodnie z ust. 6.
2. Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej może obejmować:
1) Utratę Pracy;
2) Czasową Niezdolność do Pracy;
3) Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku;
4) Zgon wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
3. Zakres Ochrony Ubezpieczeniowej zależy od tego, z jakiego tytułu Ubezpieczony uzyskuje stały dochód na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego i jest weryfikowany w przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu zajścia danego Zdarzenia Ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 5 pkt 2) i ust. 6 pkt 2).
4. Ochroną w zakresie Utraty Pracy, Czasowej Niezdolności do Pracy może zostać objęty Kredytobiorca, który spełnia następujące warunki:
1) uzyskuje dochody z tytułu Umowy o pracę, Stosunku służbowego albo Kontraktu menedżerskiego oraz na dzień złożenia wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia nie pozostaje w okresie wypowiedzenia stosunku pracy, Stosunku służbowego lub Kontraktu menedżerskiego, lub
2) uzyskuje dochody z prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej oraz przez ostatnie 6 miesięcy przed złożeniem Wniosku Ubezpieczeniowego nieprzerwanie prowadził tę działalność gospodarczą i nie został w tym czasie złożony wniosek o wykreślenie wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub wniosek o ogłoszenie upadłości,
3) nie posiada prawa do emerytury lub renty z tytułu niezdolności do pracy ustalonego przez właściwy organ rentowy,
4) nie jest objęty ubezpieczeniem społecznym rolników w rozumieniu ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników;
5. Ochroną w zakresie Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostają objęci Kredytobiorcy, którzy:
1) odpowiednio na dzień złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego nie spełniają albo w trakcie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej przestali spełniać którykolwiek z warunków wymienionych w ust. 4,
2) w trakcie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Utraty Pracy wyczerpali dostępny w Okresie Ubezpieczenia (tj. łącznie w Pierwszym Okresie Ubezpieczenia i Kolejnych Okresach Ubezpieczenia) limit świadczeń z tego tytułu;
6. Ochroną w zakresie Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku zostają objęci Kredytobiorcy, którzy:
1) odpowiednio na dzień złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego nie spełniają albo w trakcie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej przestali spełniać którykolwiek z warunków wymienionych w ust. 4,
2) w trakcie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej w zakresie Czasowej Niezdolności do Pracy wyczerpali dostępny w Okresie Ubezpieczenia (tj. łącznie w Pierwszym Okresie Ubezpieczenia i Kolejnych Okresach Ubezpieczenia) limit świadczeń z tego tytułu;

Tabela obrazująca przysługujący zakres ochrony z uwzględnieniem źródła uzyskiwanych przez Ubezpieczonego stałych dochodów lub wykorzystania dostępnych limitów dla poszczególnych świadczeń

Kwalifikacja do zakresu ochrony na podstawie źródła stałego dochodu lub wykorzystania dostępnych limitów świadczeń	Przysługujący zakres ochrony			
	Utrata Pracy	Czasowa Niezdolność do Pracy	Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku	Zgon wskutek Nieszczęśliwego Wypadku
• osoby zatrudnione na podstawie Umowy o pracę, albo • osoby zatrudnione na podstawie Stosunku służbowego, albo • osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą, albo • osoby fizyczne świadczące pracę (usługi) na podstawie Kontraktu menedżerskiego	TAK	TAK		
Osoby, które na dzień złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego nie spełniają albo w trakcie udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej przestały spełniać którykolwiek z warunków wymienionych w §3 ust. 4			TAK	TAK
Osoby, które wyczerpały dostępny w Okresie Ubezpieczenia (tj. łącznie w Pierwszym Okresie Ubezpieczenia i Kolejnych Okresach Ubezpieczenia) limit świadczeń przysługujący tym osobom w ramach świadczonej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Utraty Pracy		TAK	TAK	
Osoby, które wyczerpały dostępny w Okresie Ubezpieczenia (tj. łącznie w Pierwszym Okresie Ubezpieczenia i Kolejnych Okresach Ubezpieczenia) limit świadczeń przysługujący tym osobom w ramach świadczonej Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Czasowej Niezdolności Do Pracy	TAK			TAK

§ 4. KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, czyli Ubezpieczający musi być jednocześnie osobą ubezpieczoną (Ubezpieczonym).
2. Ubezpieczającym może być wyłącznie pełnoletni Kredytobiorca, którego Wiek Wstępu nie przekracza 65 lat i jednocześnie którego Wiek Wstępu powiększony o okres spłaty Kredytu nie przekracza 75 lat.
3. Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objętych nie więcej niż 4 Kredytobiorców w odniesieniu do jednej Umowy Kredytu.
4. Umowa Ubezpieczenia nie może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego Kredytobiorca jest już objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach innej umowy ubezpieczenia dla Kredytobiorców ING Banku Śląskiego zawartej z Ubezpieczycielem i łącznie:
   a) wartość wszystkich udzielonych wcześniej Kredytów, do których zostały zawarte umowy ubezpieczenia oraz
   b) wartość Kredytu, którego dotyczy złożony Wniosek Ubezpieczeniowy

   jest wyższa niż Limit.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Okres Ubezpieczenia jest wskazany w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Pierwsza Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia oferty jej zawarcia przez Ubezpieczającego oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela. Oferta składana jest na formularzu Wniosku Ubezpieczeniowego. Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą akceptacji Wniosku Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza Polisą.
3. Ubezpieczyciel może złożyć Ubezpieczającemu Propozycję Kontynuacji Ubezpieczenia. Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczyciela oferty zawarcia takiej umowy (Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego, z uwzględnieniem następujących zasad:
   a) Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na 12 miesięcy, ale nie dłużej niż do ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu,
   b) Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia zostanie złożona Ubezpieczającemu nie później niż na 30 dni przed zakończeniem danego Okresu Ubezpieczenia,
   c) Jeżeli Ubezpieczający najpóźniej w terminie 14 dni przed upływem okresu, na jaki dana Umowa Ubezpieczenia została zawarta, nie złoży oświadczenia o nieprzyjęciu oferty Ubezpieczyciela oraz we wskazanym w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia terminie opłaci Składkę Ubezpieczeniową, ustaloną na podstawie Stawki Składki wskazanej w tej propozycji, uważa się, że kolejna Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia. W takiej sytuacji Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia stanowi Dokument Ubezpieczenia, który potwierdza zawarcie kontynuowanej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeśli Ubezpieczyciel nie przekaże Ubezpieczającemu Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia, to kolejna Umowa Ubezpieczenia nie zostanie zawarta.
5. Ubezpieczyciel przed zawarciem pierwszej Umowy Ubezpieczenia może wymagać wypełnienia ankiety medycznej lub oświadczenia o stanie zdrowia. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub w przypadku braku spełnienia przez osobę wnioskującą o zawarcie Umowy Ubezpieczenia warunków wymienionych w §4 OWU Ubezpieczyciel może odmówić zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia.

§ 6. SPOSÓB USTALANIA I ZAPŁATY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Miesięczna Składka Ubezpieczeniowa stanowi iloczyn Stawki Składki oraz bieżącego Salda Zadłużenia w Dniu Płatności Raty Kredytu, który przypada w danym miesiącu kalendarzowym.
2. Wysokość Stawki Składki jest zależna od wieku Ubezpieczającego.
3. Składka Ubezpieczeniowa jest zaokrąglona do dwóch miejsc po przecinku.
4. Składka Ubezpieczeniowa jest przeznaczona na wykonanie wszystkich zobowiązań Ubezpieczyciela, które wynikają z zawartej Umowy Ubezpieczenia, w tym pokrycie kosztów Ochrony Ubezpieczeniowej, oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki Ubezpieczeniowej za pośrednictwem Agenta Ubezpieczeniowego. Za dzień opłacenia Składki Ubezpieczeniowej uznaje się dzień, w którym Składka Ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie przekazana Agentowi Ubezpieczeniowemu.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty pierwszej Składki Ubezpieczeniowej odpowiednio:
   a) w dniu określonym w Umowie Kredytu jako Dzień Płatności Raty Kredytu, który przypada bezpośrednio po dniu uruchomienia Kredytu bądź jego pierwszej transzy, albo
   b) w terminie płatności Raty Kredytu, który według Harmonogramu Kredytu przypada bezpośrednio po dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w trakcie trwania Kredytu.
7. Kolejne Składki Ubezpieczeniowe płatne są miesięcznie, w terminie przewidzianym dla płatności Raty Kredytu, według Harmonogramu Kredytu.

8. W przypadku braku zapłaty w wymaganym terminie Składki Ubezpieczeniowej albo zapłaty w niepełnej wysokości Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczając dodatkowy termin 7 dni na jej zapłacenie. Brak zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie będzie równoznaczny z rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający opłaca pierwszą Składkę Ubezpieczeniową należną w Kolejnym Okresie Ubezpieczenia w terminie wskazanym w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia oraz w wysokości ustalonej na podstawie Stawki Składki, również wskazanej w tym dokumencie.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli jednak najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość termin 30-dniowy biegnie od dnia poinformowania Ubezpieczającego o zawarciu Umowy Ubezpieczenia lub od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego informacji wymaganych przepisami ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, przy zawieraniu umów na odległość – jeśli jest to termin późniejszy.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust.1, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
3. Odstąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy Kredytu oznacza jednocześnie odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Kredytu.

§ 8. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej:
   1) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   2) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia,
   3) z upływem okresu, na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta, o ile Umowa Ubezpieczenia nie jest kontynuowana zgodnie z § 5 ust. 3,
   4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia,
   5) z dniem bezskutecznego upływu terminu dodatkowego 7 dni na zapłatę Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczonego Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty,
   6) w przypadku wcześniejszej spłaty Kredytu i w związku z tym rozwiązania Umowy Kredytu, Umowa Ubezpieczenia wygasa:
      a) z dniem rozwiązania Umowy Kredytu – jeżeli termin płatności Składki Ubezpieczeniowej za miesiąc, w którym nastąpiła spłata Kredytu, przypada w dniu lub po dniu spłaty Kredytu,
      b) z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu – jeżeli termin płatności Składki Ubezpieczeniowej za miesiąc, w którym nastąpiła spłata Kredytu, przypada przed dniem spłaty Kredytu;
   7) w przypadku rozwiązania Umowy Kredytu zgodnie z Harmonogramem Kredytu Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiła spłata Kredytu;
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania.
3. Z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia wygasa Ochrona Ubezpieczeniowa.

§ 9. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Ochrona Ubezpieczeniowa trwa od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2-10 poniżej.
2. Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Utraty Pracy – w stosunku do Ubezpieczonego spełniającego warunki z § 3 ust. 4 – rozpoczyna się od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej. Jeśli w tym czasie Ubezpieczony nie spełnia tych warunków, może zostać objęty Ochroną Ubezpieczeniową w trakcie Okresu Ubezpieczenia, z dniem z którym spełni warunki do objęcia ochroną z tytułu Utraty Pracy.
3. Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Utraty Pracy w okresie pierwszych 90 dni, liczonych od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Ubezpieczenia, świadczona jest zgodnie z § 14 ust. 3.
4. Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Utraty Pracy kończy się odpowiednio:
   1) z dniem poprzedzającym dzień, gdy Ubezpieczony przestał spełniać warunki określone w § 3 ust. 4 lub
   2) z dniem wyczerpania się limitu świadczeń zgodnie z § 14 ust. 1,

   w zależności od tego, które z powyższych zdarzeń nastąpi wcześniej.
5. Z dniem następującym po dniu zakończenia Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Utraty Pracy, rozpoczyna się Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
6. Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy – w stosunku do Ubezpieczonego spełniającego warunki z § 3 ust. 4 – rozpoczyna się od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej. Jeśli w tym czasie Ubezpieczony nie spełnia tych warunków, może zostać objęty Ochroną Ubezpieczeniową w trakcie Okresu Ubezpieczenia, z dniem z którym spełni warunki do objęcia ochroną z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy.
7. Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy w okresie pierwszych 90 dni, liczonych od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Ubezpieczenia, ograniczona jest do Zdarzeń Ubezpieczeniowych powstałych wyłącznie wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
8. Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy kończy się odpowiednio:
   1) z dniem poprzedzającym dzień, gdy Ubezpieczony przestał spełniać warunki określone w § 3 ust. 4 lub
   2) z dniem wyczerpania się limitu świadczeń zgodnie z § 15 ust. 1 pkt 2),

   w zależności od tego, które z powyższych zdarzeń nastąpi wcześniej.
9. Z dniem następującym po dniu zakończenia Ochrony Ubezpieczeniowej z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, rozpoczyna się Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
10. Jeśli Ubezpieczony na Dzień Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej nie spełnia warunków objęcia ochroną z tytułu Utraty Pracy i Czasowej Niezdolności do Pracy wskazanych w § 3 ust. 4, zostaje objęty Ochroną Ubezpieczeniową z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Ochrona Ubezpieczeniowa rozpoczyna się od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej i trwa do końca Okresu Ubezpieczenia.

§ 10. GENERALNE WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpi:
1. w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
2. w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych, użycia broni masowego rażenia, masowego skażenia: chemicznego, biologicznego lub wynikającego z działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
3. w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
4. w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy,
5. w związku z uprawianiem przez Ubezpieczonego Sportu Wysokiego Ryzyka lub Wyczynowego Uprawiania Sportu lub Zawodowego Uprawiania Sportu,
6. w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze,

7. w związku z przebywaniem przez Ubezpieczonego w Stanie po użyciu alkoholu,
8. w związku z zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków,
9. w związku z zażyciem przez Ubezpieczonego leków nie zaleconych przez lekarza lub niezgodnie ze wskazaniami ich użycia,
10. w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
11. w związku z wykonywaniem pracy przez Ubezpieczonego lub obowiązków jako:
    1) żołnierz, pracownik ochrony z bronią, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
    2) ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
    3) sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
    4) saper, strażak, pirotechnik, nurek,
12. w związku z pracą Ubezpieczonego:
    1) jako artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub treser zwierząt cyrkowych, kaskader,
    2) z materiałami wybuchowymi, chemicznymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
    3) wykonywaną na wysokości od 15 m wzwyż,
    4) na morzu, pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym.

§ 11. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE UTRATY PRACY

1. Z tytułu Utraty Pracy Ubezpieczyciel nie ponosi ponadto odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił pracę na skutek:
    1) upływu czasu, na jaki Umowa o pracę lub Stosunek służbowy lub Kontrakt menedżerski zostały zawarte,
    2) rozwiązania Umowy o pracę, Stosunku służbowego lub Kontraktu menedżerskiego przed dniem rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia,
    3) rozwiązania Umowy o pracę, Stosunku służbowego lub Kontraktu menedżerskiego z inicjatywy Ubezpieczonego,
    4) wygaśnięcia Umowy o pracę lub Stosunku służbowego lub Kontaktu menedżerskiego (z wyjątkiem wygaśnięcia Umowy o pracę wskutek śmierci pracodawcy Ubezpieczonego),
    5) rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron, z wyjątkiem rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron z inicjatywy pracodawcy w związku z ustawą o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
    6) wypowiedzenia Umowy o pracę przez Ubezpieczonego lub na skutek rozwiązania Umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego,
    7) rozwiązania Umowy o pracę przez pracownika w trybie opisanym w art. 231 § 4 Kodeksu pracy,
    8) rozwiązania Umowy o pracę z powodu przejścia Ubezpieczonego na emeryturę,
    9) rozwiązania Umowy o pracę z pracodawcą będącym Osobą Bliską względem Ubezpieczonego,
    10) rozwiązania Umowy o pracę z pracodawcą, którego akcjonariuszami lub udziałowcami posiadającymi łącznie powyżej 20% udziałów albo akcji są Osoby Bliskie względem Ubezpieczonego, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych,
    11) rozwiązania Umowy o pracę z pracodawcą, którego akcjonariuszem albo udziałowcem, posiadającym powyżej 20% odpowiednio akcji albo udziałów jest Ubezpieczony, chyba że akcje pracodawcy notowane są na giełdzie papierów wartościowych lub rozwiązanie Umowy o pracę nastąpiło ze względu na ogłoszenie upadłości lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za kolejne Utraty Pracy przez Ubezpieczonego, jeżeli nastąpiły one na skutek rozwiązania Umowy o pracę z tym samym pracodawcą Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczyciel wypłacił Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu Utraty Pracy u tego samego pracodawcy Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Utraty Pracy przez Ubezpieczonego, jeżeli przed dniem zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia została dokonana co najmniej jedna z poniżej wskazanych czynności, skutkująca Utratą Pracy przez Ubezpieczonego w okresie udzielania Ubezpieczonemu Ochrony Ubezpieczeniowej:
    1) pracodawca złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy o pracę,
    2) pracodawca złożył Ubezpieczonemu propozycję rozwiązania Umowy o pracę za porozumieniem stron, w trybie przewidzianym w przepisach ustawy o szczególnych zasadach rozwiązania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
    3) został złożony przez pracodawcę Ubezpieczonego wniosek o ogłoszenie upadłości pracodawcy Ubezpieczonego;

§ 12. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Ubezpieczony utracił zdolność do pracy na skutek:
    1) Zaburzeń psychicznych,
    2) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa oraz usiłowania lub dokonania przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
    3) wszelkich Chorób odcinków kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, lędźwiowego lub krzyżowego), lumbago, bólu w dolnej części pleców, rwy kulszowej, bólu uda, bólów korzeniowych, skręcenia odcinka szyjnego, skręcenia odcinka piersiowego, zespołu bolesnego barku, wysunięcia się dysku, chyba że co najmniej jedna z tych Chorób wymaga hospitalizacji przez nieprzerwany okres 15 dni lub zabiegu chirurgicznego w okresie Ochrony Ubezpieczeniowej udzielanej w zakresie Czasowej Niezdolności do Pracy,
    4) ciąży, porodu, zabiegu in-vitro, a także zabiegu usuwania ciąży, o ile nie został on wykonany w celu ratowania życia lub zdrowia Ubezpieczonego, chyba że powodem Czasowej Niezdolności do Pracy była hospitalizacja spowodowana zagrażającym lub zaistniałym poronieniem albo ciążą pozamaciczną,
    5) nieprzestrzegania przez Ubezpieczonego zaleceń lekarza mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej, albo poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarza lub innych powołanych do tego osób;
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, jeżeli w trakcie pozostawania niezdolnym do pracy Ubezpieczony wykazuje jakąkolwiek Aktywność Zarobkową.
3. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy Ochrona Ubezpieczeniowa nie obejmuje czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego powstałej w następstwie Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona u Ubezpieczonego w okresie 12 miesięcy przed dniem zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia i która była przyczyną zajścia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia. Ograniczenia tego nie stosuje się do osób, które wypełniły ankietę medyczną i zawarły Umowę Ubezpieczenia.
4. W przypadku Czasowej Niezdolności do Pracy Ochrona Ubezpieczeniowa nie obejmuje czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego powstałej w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego w okresie 12 miesięcy przed dniem zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia i który był przyczyną zajścia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w ciągu pierwszych 6 miesięcy od dnia rozpoczęcia Okresu Ubezpieczenia. Ograniczenia tego nie stosuje się do osób, które wypełniły ankietę medyczną i zawarły Umowę Ubezpieczenia.

§ 13. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU ORAZ ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku oraz Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpiło:

1) wskutek nieuzasadnionego nieskorzystania przez Ubezpieczonego z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarskich mających potwierdzenie w dokumentacji medycznej,
2) wskutek Zaburzeń psychicznych,
3) w związku z usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samouszkodzenia ciała,
4) na skutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień,
5) na skutek uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to, przez kogo były wykonane, chyba że było to leczenie następstw Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 14. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU UTRATY PRACY

1. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, Suma Ubezpieczenia na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe Utraty Pracy przez Ubezpieczonego równa jest 6-krotności pierwszej Raty Kredytu, przypadającej do spłaty po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z Harmonogramem Kredytu. W Okresie Ubezpieczenia (tj. łącznie w Pierwszym Okresie Ubezpieczenia i Kolejnych Okresach Ubezpieczenia), Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia maksymalnie za 4 Zdarzenia Ubezpieczeniowe Utraty Pracy.
2. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Utraty Pracy wynosi 5 000 złotych. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy Ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości Raty Kredytu.
3. Suma Ubezpieczenia z tytułu Utraty Pracy przez Ubezpieczonego w okresie pierwszych 90 dni ochrony, tj. od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej w pierwszej Umowie Ubezpieczenia, równa jest 10% pierwszej Raty Kredytu przypadającej do spłaty po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z Harmonogramem Kredytu, ale nie więcej niż 500 złotych.
4. Świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, wypłacane jest jednorazowo w wysokości 6-krotności ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu lub spłata Kredytu.
5. Świadczenie z tytułu Utraty Pracy będzie należne, jeżeli Status Bezrobotnego będzie przysługiwał Ubezpieczonemu nieprzerwanie przez 30 dni w Okresie Ubezpieczenia.

§ 15. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1. Z zastrzeżeniem ust. 5-6, Suma Ubezpieczenia z tytułu Czasowe Niezdolności do Pracy ograniczona jest:
   1) na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe do maksymalnie 12 świadczeń, z których każde jest w wysokości jednej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu oraz
   2) na wszystkie Zdarzenia Ubezpieczeniowe w Okresie Ubezpieczenia (tj. łącznie w Pierwszym Okresie Ubezpieczenia i Kolejnych Okresach Ubezpieczenia), do maksymalnie 48 świadczeń, z których każde jest w wysokości jednej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
2. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego wynosi 5 000 złotych. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy Ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości Raty Kredytu.
3. Pierwsze świadczenie z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy będzie należne, jeżeli Czasowa Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego będzie trwała nieprzerwanie przez 21 dni w Okresie Ubezpieczenia. Pierwsze świadczenie odpowiada wysokości Raty Kredytu przypadającej do spłaty po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
4. Drugie i każde kolejne świadczenie z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy będzie należne, jeżeli Czasowa Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego będzie trwała nieprzerwanie przez kolejne 30-dniowe okresy. Drugie i każde kolejne świadczenie odpowiada wysokości kolejnych Rat Kredytu, których terminy płatności przypadają kolejno do spłaty po Racie Kredytu, o której mowa w ust. 3, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
5. W przypadku, gdy zgodnie z Harmonogramem Kredytu w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego pozostaje do spłaty mniej niż 12 Rat Kredytu, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w liczbie i wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
6. Świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, wypłacane jest jednorazowo w wysokości ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu lub spłata Kredytu.

§ 16. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Z zastrzeżeniem ust. 5-6, Suma Ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku ograniczona jest na jedno Zdarzenie Ubezpieczeniowe do maksymalnie 12 świadczeń, z których każde jest w wysokości jednej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
2. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wynosi 5 000 złotych. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy Ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości Raty Kredytu.
3. Pierwsze świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie należne, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie trwał nieprzerwanie przez 14 dni w Okresie Ubezpieczenia. Pierwsze świadczenie odpowiada wysokości Raty Kredytu, przypadającej do spłaty po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
4. Drugie i każde kolejne świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie należne, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku będzie trwał nieprzerwanie przez kolejne 30 – dniowe okresy. Drugie i każde kolejne świadczenie odpowiada wysokości kolejnych Rat Kredytu, których terminy płatności przypadają bezpośrednio po zakończeniu każdego z tych okresów, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
5. W przypadku, gdy zgodnie z Harmonogramem Kredytu w Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego pozostaje do spłaty mniej niż 12 Rat Kredytu, wówczas Ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w liczbie i wysokości Rat Kredytu pozostających do spłaty w tym dniu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
6. Świadczenie z tytułu zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, wypłacane jest jednorazowo w wysokości ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu lub spłata Kredytu.

§ 17. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Suma Ubezpieczenia z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku równa jest 6-krotności Raty Kredytu przypadającej do spłaty bezpośrednio po dniu Nieszczęśliwego Wypadku będącego przyczyna tego zgonu, zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym na dzień Nieszczęśliwego Wypadku, również wtedy, gdy zgon nastąpi po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia, jednak nie więcej niż Saldo Zadłużenia z tego dnia.
2. Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do określenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, wynosi 5 000 złotych. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa niż kwota, o której mowa w zdaniu poprzednim, odpowiedzialność Ubezpieczyciela ograniczona jest do Sumy Ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości Raty Kredytu.

3. W przypadku, gdy Nieszczęśliwy Wypadek, będący przyczyną zgonu Ubezpieczonego przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku, miał miejsce w okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, świadczenie wypłacane jest jednorazowo w wysokości 6-krotności ostatniej Raty Kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu lub spłata Kredytu.
4. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest jednorazowo w kwocie określonej zgodnie z ust. 1-3.
5. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest Uposażonym, w częściach określonych przez Ubezpieczonego. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać oraz zmieniać Uposażonych. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w świadczeniu. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
6. Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku wypłacane jest w złotych polskich, przelewem na wskazany rachunek bankowy, który należy do uprawnionego do świadczenia albo w inny sposób ustalony z tą osobą.

§ 18. ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz po wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia.
2. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym, Ubezpieczyciel informuje o tym uprawnionych do otrzymania świadczenia oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego tego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczony lub uprawniony do świadczenia zobowiązany jest dostarczyć Ubezpieczycielowi następujące dokumenty:
   1) wniosek o wypłatę świadczenia,
   2) kopię Wniosku Ubezpieczeniowego i Polisy, o ile jej przedłożenie będzie konieczne,
   3) kopię Harmonogramu Kredytu, inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne dla oceny zasadności roszczenia lub wysokości świadczenia,
   4) kopię dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
   5) kopię dokumentu potwierdzającego na Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego podstawę uzyskiwania przez Ubezpieczonego dochodów.
4. Wraz z zawiadomieniem składa się dokumenty potwierdzające zasadność roszczenia o zapłatę świadczenia.
5. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Utraty Pracy, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt 1-5 należy dostarczyć:
   1) zaświadczenie wydane przez właściwy dla Ubezpieczonego polski powiatowy urząd pracy, stwierdzające, że Ubezpieczony jest zarejestrowany w tym urzędzie jako bezrobotny oraz potwierdzające nieprzerwany przynajmniej 30-dniowy okres posiadania Statusu Bezrobotnego;
   2) kopię świadectwa pracy wydanego przez pracodawcę zatrudniającego Ubezpieczonego w dniu rozwiązania Umowy o pracę skutkującego Utratą Pracy przez Ubezpieczonego;
   3) kopię pisma pracodawcy wypowiadającego Umowę o pracę (rozwiązanie Umowy o pracę);
   4) decyzję właściwego organu o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej (w przypadku osób, które nabyły Status Bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej),
   5) kopię postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości lub kopię postanowienia sądu o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego (w przypadku osób, które nabyły Status Bezrobotnego wskutek wyrejestrowania działalności gospodarczej).
6. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt 1-5 należy dostarczyć:
   1) zaświadczenia potwierdzające Czasową Niezdolność do Pracy Ubezpieczonego, zgodnie z przepisami powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego;
   2) inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, które są niezbędne do wykazania zasadności i wysokości wnoszonego roszczenia;
7. Zasadność roszczeń o zapłatę kolejnych świadczeń z tytułu tej samej Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczony obowiązany jest potwierdzić comiesięcznie przedstawiając zaświadczenie, o którym mowa w ust. 6.
8. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wstrzymania wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczony podczas zwolnienia lekarskiego prowadzi Aktywność Zarobkową, na okres prowadzenia tej Aktywności Zarobkowej.
9. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt 1-4 należy dostarczyć:
   1) dokumenty, które potwierdzają Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, kartę informacyjną z leczenia szpitalnego,
   2) dokumenty, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,
   3) inne dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, które są niezbędne do wykazania zasadności i wysokości wnoszonego roszczenia;
10. W przypadku roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, oprócz dokumentów wymienionych w ust. 3 pkt 1-4 należy dostarczyć:
    1) Skrócony odpis aktu zgonu,
    2) kopię karty statystycznej zgonu,
    3) kopię raportu Policji lub prokuratury lub innych dokumentów potwierdzających zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku;
11. Świadczenie wypłacane jest w złotych polskich.
12. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu Utraty Pracy, Czasowej Niezdolność do Pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – jest Ubezpieczony, a w przypadku Zgonu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – Uposażony.
13. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia lub powiadomienia uprawnionego do świadczenia o odmowie wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem ust. 14 i 15.
14. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
15. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 13, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.

§ 19. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Ubezpieczyciela przez: Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy Ubezpieczenia, w których zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamację, skargę lub zażalenie na usługi Ubezpieczyciela można złożyć w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo

w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (ul. Sokolska 34, 40-086 Katowice).

3. Można to zrobić:
   a) na piśmie:
      - w postaci papierowej – osobiście w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela, w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (adresy wskazane wyżej), albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
      - w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-62864-84315-VDAGC-23;
   b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 22 563 21 28, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela, w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (adresy wskazane wyżej).
4. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Ubezpieczyciela lub osoba, którą zarząd upoważni.
5. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, Ubezpieczyciel może wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
6. Ubezpieczyciel odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie:
   a) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci papierowej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   b) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi:
      - z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację, skargę lub zażalenie, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez składającego reklamację, skargę lub zażalenie, w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
      - na adres składającego reklamację, skargę lub zażalenie do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały wysłane na adres do doręczeń elektronicznych;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem składającego reklamację, skargę lub zażalenie – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone ustnie.
7. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym i zażaleniowym Ubezpieczyciel udostępnia na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach obsługujących klientów.
8. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
9. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Ubezpieczyciela do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu Ubezpieczyciel ma obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (udział Ubezpieczyciela w tym postępowaniu wymaga zgody Ubezpieczyciela). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

§ 20. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna jest administratorem danych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia.
2. Dane Ubezpieczonych są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Dane Ubezpieczających są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, oraz w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
4. Dane osób uprawnionych do otrzymania świadczenia są przetwarzane na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest wykonanie Umowy Ubezpieczenia oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Dane potencjalnych klientów są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
6. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe klientów Ubezpieczyciela mogą zostać przekazane następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom w zakresie i celu wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia, innym podmiotom w celach marketingowych, pod warunkiem uzyskania zgody osoby, której dane dotyczą.
7. Dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, orzecznikom medycznym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
8. Dane osobowe Ubezpieczyciel zbiera od osoby, której dotyczą, poprzez formularze wniosków ubezpieczeniowych, formularze zmiany danych, formularze zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty związane z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia.
9. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe Ubezpieczonych mogą zostać uzyskane od: innych ubezpieczycieli, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
10. Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony danych osobowych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.
11. Dane osobowe będą przetwarzane do dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z Umowy Ubezpieczenia, oraz do zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
12. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo:
    a) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarza administrator,
    b) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
    c) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
    d) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika,
    e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
    f) wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu

na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,

g) przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe, osoba, której dane przetwarzamy, może przesłać innemu administratorowi danych.

13. Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych został umieszczony na stronie internetowej Ubezpieczyciela, w Polityce prywatności.

§ 21. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć:
   1) według przepisów o właściwości ogólnej – tj. zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
   2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia,
   3) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Do świadczeń wypłacanych przez Ubezpieczyciela zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w tym w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.
4. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zobowiązani są informować siebie nawzajem o wszelkich zmianach swojego adresu do korespondencji.
5. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy Ubezpieczenia można składać:
   1) na piśmie – dostarczyć osobiście w biurze Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
   2) elektronicznie przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej Ubezpieczyciela allianz.pl,
   3) w inny, uzgodniony z Ubezpieczycielem sposób.

   Reklamację można złożyć w sposób wskazany w § 19 Reklamacje. Oświadczenie dotyczące odstąpienia od Umowy można złożyć w dowolnej formie. Dyspozycje muszą zawierać dane, które umożliwiają identyfikację osoby, która je składa.
6. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane na stronie internetowej Ubezpieczyciela oraz jest dostępne w biurze Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
7. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
8. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Uzyskane poza terytorium Polski dokumenty urzędowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie braku tego uwierzytelnienia – przez polską placówkę dyplomatyczną lub przez inny uprawniony do tego organ.
9. Korespondencję związaną z Umową Ubezpieczenia Ubezpieczyciel przesyła na ostatni podany przez Ubezpieczającego adres albo ostatni podany adres e-mail – jeśli Ubezpieczający zgodził się na taką formę – albo w inny uzgodniony z nim sposób.
10. Korespondencję, która dotyczy wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel kieruje:
    1) na ostatni znany adres Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia,
    2) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
    3) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 73/2026 i wchodzą w życie od 22 listopada 2026 r.

Notatki

Notatki

Notatki

TU Allianz Życie Polska S.A.
TUiR Allianz Polska S.A.
ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Infolinia: +48 22 563 21 28 opłata zgodna z taryfą danego operatora
www.allianz.pl

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP: 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).

Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Allianz Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000028261, NIP 525-15-65-015, REGON 012267870, wysokość kapitału zakładowego: 457 110 000 złotych (wpłacony w całości).

ZYINGTBK-O04 11/26