

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
NR NN/2016/01/NON-LIFE
DLA POŻYCZKOBIORCÓW ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia	§2 SWU §3 SWU §9 SWU
2. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§7 SWU §8 SWU

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NR NN/2016/01/non-life (dalej: Warunki) mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia kod: NN/2016/01/non-life na rzecz Pożyczkobiorców ING Banku Śląskiego S.A., zawartej pomiędzy Financial Insurance Company Limited (część AXA) a Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: Umowa Ubezpieczenia).

ZAPOZNANIE SIĘ Z POJĘCIAMI POZWALA NA ŁATWIEJSZE ZROZUMIENIE TREŚCI WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

§1. Definicje.

- 1) **„Administrator”** – Financial Insurance Group Services Sp. z o.o. Oddział w Polsce (część AXA), działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności zdarzeń ubezpieczeniowych oraz ustalania rozmiaru świadczeń należnych uprawnionym do świadczenia.
- 2) **„Bank”** – ING Bank Śląski S.A z siedzibą w Katowicach przy ul. Sokolskiej 34, agent ubezpieczeniowy Ubezpieczającego.
- 3) **„Choroba”** - zdiagnozowana przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
- 4) **„Choroba leczona”** - choroba stwierdzona, co do której lekarz medycyny zalecił wykonanie czynności medycznych, mających na celu wyleczenie lub zmniejszenie dolegliwości Ubezpieczonego, polegających na przeprowadzeniu zabiegu operacyjnego lub przyjmowaniu środków farmakologicznych lub przeprowadzeniu rehabilitacji. Zalecenie lekarza medycyny powinno zostać utrwalone w dokumentacji medycznej.
- 5) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.
- 6) **„Choroba stwierdzona”** – choroba Ubezpieczonego, która była zdiagnozowana i ujawniona w dokumentacji medycznej przez lekarza medycyny po raz pierwszy lub jej rozpoznanie przez lekarza medycyny zostało powtórzone i odnotowane w dokumentacji medycznej. Diagnoza/rozpoznanie może być utrwalone w języku polskim lub innym w sposób uznany i stosowany w medycynie, w formie skrótu albo pod postacią kodu ICD-10.
- 7) **„Czasowa Niezdolność do Pracy”** – niemożność świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania przychodu przez Ubezpieczonego spowodowana jedną i tą samą przyczyną chorobową, potwierdzone zaświadczeniem lekarskim (ZUS ZLA) o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami prawa.
- 8) **„Deklaracja przystąpienia”** – oświadczenie Pożyczkobiorcy, w którym wyraża on wolę objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia. Deklaracja przystąpienia jest oświadczeniem składanym Ubezpieczycielowi poprzez złożenie jej w formie przyjętej przez Ubezpieczającego. Jeżeli deklaracja przystąpienia ma formę pisemną, sporządzana jest w dwóch egzemplarzach i uznaje się, że po potwierdzeniu jej przyjęcia przez Ubezpieczającego zastępuje certyfikat ubezpieczeniowy.
W takim przypadku jeden egzemplarz deklaracji przystąpienia wydawany jest Ubezpieczonemu.
- 9) **„Działalność gospodarcza”** – prowadzona przez Ubezpieczonego, co najmniej 6 miesięcy kalendarzowych, w sposób nieprzerwany (za przerwę uważa się także okres zawieszenia prowadzenia działalności gospodarczej) jednoosobowa działalność gospodarcza podlegająca wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej albo spółka cywilna lub handlowa spółka osobowa, której współnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń jest Ubezpieczony nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
- 10) **„Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego”** jest to:
 - a) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy, wskazany w pierwszym zwolnieniu, dotyczącym danej przyczyny chorobowej Czasowej niezdolności do pracy;
 - b) w przypadku Utraty pracy – dzień nabycia prawa do zasiłku w związku z uzyskaniem przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego w rozumieniu przepisów Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
 - c) w przypadku Hospitalizacji – pierwszy dzień Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - d) w przypadku Niezdolności do Pracy – dzień wydania orzeczenia o niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
- 11) **„Hospitalizacja”** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, który to wypadek miał miejsce po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, zaś za ostatni dzień pobytu w szpitalu – dzień jego wypisania ze szpitala z zastrzeżeniem, że na równi z pobytem w szpitalu traktuje się okres pozostawiania Ubezpieczonego na zwolnieniu, bezpośrednio po wyjściu ze szpitala i w związku z tym samym nieszczęśliwym wypadkiem, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w szpitalu.
- 12) **„Kontrakt menedżerski”** – umowa, której przedmiotem jest zlecenie wykonywania obowiązków zastrzeżonych dla kadry kierowniczej.
- 13) **„Lekarz”** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
- 14) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się choroby ani choroby psychicznej. Za Nieszczęśliwy Wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia.
- 15) **„Niezdolność do pracy”** - całkowita niezdolność do świadczenia pracy przez Ubezpieczonego udokumentowana orzeczeniem o niezdolności do pracy.

- 16) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w Warunkach.
- 17) **„Opłaty Eksploatacyjne”** – należności związane z użytkowaniem nieruchomości albo lokalu mieszkalnego, do których pokrywania zobowiązany jest Ubezpieczony tj.: czynsz, prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci.
- 18) **„Orzeczenie o niezdolności do pracy”** – wydane na okres równy lub dłuższy niż 2 lata; prawomocne orzeczenie wydane przez lekarza rzeczoznawcę Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub komisję lekarską Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym bez orzeczenia o celowości przekwalifikowania albo prawomocne orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- 19) **„Pożyczka”** – środki pieniężne przekazane na własność Pożyczkobiorcy na podstawie Umowy Pożyczki, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Banku.
- 20) **„Pożyczkobiorca”** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, której Bank udzielił Pożyczki na podstawie Umowy Pożyczki, i jednocześnie została objęta przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. ochroną ubezpieczeniową na życie z zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia na życie do pożyczek gotówkowych „Pakiet Srebrny”.
- 21) **„Przedsiębiorca”** – osoba fizyczna prowadząca we własnym imieniu działalność gospodarczą w rozumieniu przepisów art. 43¹ Kodeksu cywilnego.
- 22) **„Rata Pożyczki”** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Pożyczkobiorcy wobec Banku, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie Pożyczki, obejmujące kapitał i odsetki według przewidzianego Umową Pożyczki oprocentowania, liczonego od nieprzetereźminowanej części kapitału, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki.
- 23) **„Składka”** – składka opłacana miesięcznie przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy ubezpieczenia do określonego w Umowie dnia każdego miesiąca, następującego po miesiącu, którego składka ta dotyczy, należna za jednego Ubezpieczonego.
- 24) **„Suma ubezpieczenia”** – maksymalna kwota świadczeń wypłacana przez Ubezpieczyciela, określona w Warunkach.
- 25) **„Świadczenie” lub „Świadczenie miesięczne”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w Warunkach.
- 26) **„Świadczenia emerytalne lub rentowe”** – świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, tj. emerytura lub renta inwalidzka.
- 27) **„Szpital”** - zakład opieki zdrowotnej spełniający warunki określone w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych. W rozumieniu Warunków szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy. Za Szpital w rozumieniu Warunków nie uznaje się szpitali psychiatrycznych i rehabilitacyjnych, zakładów opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień: od leków, narkotyków czy alkoholu.
- 28) **„Ubezpieczający”** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę na rzecz Ubezpieczonych i zobowiązuje się do opłacania składki, będąca stroną Umowy ubezpieczenia.
- 29) **„Ubezpieczony”** – Pożyczkobiorca, objęty ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w niniejszych Warunkach.
- 30) **„Ubezpieczyciel”** – Financial Insurance Company Limited (część AXA) zarejestrowana według Companies Act 1985 pod numerem 1515187 z siedzibą Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania, podlegająca nadzorowi Prudential Regulation Authority (PRA) i zarejestrowana przez PRA pod numerem 202639, będąca stroną Umowy ubezpieczenia.
- 31) **„Umowa Pożyczki”** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem a Pożyczkobiorcą, określająca wysokość oraz warunki spłaty pożyczki gotówkowej
- 32) **„Utrata pracy”** jest to:
 - a) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy - rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem złożonym przez pracodawcę lub rozwiązanie stosunku pracy wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i Ubezpieczonego z przyczyn nie dotyczących pracownika w rozumieniu właściwych przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników;
 - b) w przypadku Ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą – zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej i wykreślenie wpisu z ewidencji działalności gospodarczej lub uprawomocnienie się postanowienia o ogłoszeniu upadłości lub uprawomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości;
 - c) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie tej umowy, w wyniku których to zdarzeń Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku w rozumieniu przepisów Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
- 33) **„Zdarzenie ubezpieczeniowe”** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci:
 - 1) Utrata pracy lub
 - 2) Czasowej Niezdolności do Pracy lub
 - 3) Hospitalizacji lub
 - 4) Niezdolności do Pracy.

NALEŻY ZAPOZNAĆ SIĘ Z PRZEDMIOTEM I ZAKRESEM OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ.

§2. Przedmiot ubezpieczenia i zakres ochrony ubezpieczeniowej.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz utrata zatrudnienia przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel obejmuje Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie:
 - 1) Niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy wraz z ubezpieczeniem opłat eksploatacyjnych albo
 - 2) Hospitalizacji z zastrzeżeniem ust.3 i 4 poniżej,
3. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Utraty Pracy, Czasowej Niezdolności do Pracy, Niezdolności do pracy objęty jest każdy Pożyczkobiorca, który w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz
 - 2) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.
4. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie ryzyka Hospitalizacji objęty jest każdy Pożyczkobiorca, który w dniu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego nie jest objęty ochroną z tytułu ryzyka Utraty pracy, Czasowej Niezdolności do Pracy, Niezdolności do Pracy.
5. Ochroną ubezpieczeniową są objęte Zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpią i trwają w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

ABY ZOSTAĆ OBJĘTYM OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ MUSZĄ ZOSTAĆ SPEŁNIONE PONIŻSZE WARUNKI.

§3. Warunki udzielenia ochrony ubezpieczeniowej

1. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje poprzez złożenie przez Pożyczkobiorcę deklaracji przystąpienia. Pożyczkobiorca może złożyć deklarację przystąpienia pod warunkiem, że jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową na życie zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia na życie do pożyczek gotówkowych „Pakiet Srebrny” Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Pożyczkobiorca, który w dniu złożenia deklaracji przystąpienia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 65. roku życia, przy czym wiek Pożyczkobiorcy rozumiany jest jako różnica pomiędzy rokiem, w którym została złożona deklaracja przystąpienia, a rokiem urodzenia Pożyczkobiorcy.
3. Przyjęcie przez Ubezpieczającego deklaracji przystąpienia od osoby, która nie spełnia warunku określonego w ustępie poprzednim nie wywołuje żadnych skutków prawnych.
4. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Pożyczkobiorca, z zastrzeżeniem ust. 3 powyżej, który w dniu złożenia deklaracji przystąpienia łącznie spełnia następujące warunki:
 - 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych oraz
 - 2) miejsce jego zamieszkania znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz
 - 3) złożył odpowiednią deklarację przystąpienia oraz
 - 4) zawarł Umowę Pożyczki w kwocie kapitału nieprzekraczającej 100 000 zł (słownie: sto tysięcy złotych), a w razie zawartych innych Umów Pożyczki w związku, z którymi objęty jest ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków, zobowiązania jego z tytułu wszystkich zawartych Umów Pożyczki, przy których występuje jako Ubezpieczony, nie przekraczają kwoty kapitału 100 000 zł (słownie: sto tysięcy złotych).

§4. Okres ubezpieczenia i okres odpowiedzialności

1. Okres trwania ochrony ubezpieczeniowej równy jest okresowi trwania Umowy Pożyczki.
2. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu uruchomienia Pożyczki, a w przypadku przystąpienia do Umowy ubezpieczenia dla danej Umowy pożyczki w trakcie jej trwania, o ile dzień uruchomienia Pożyczki nastąpił przed dniem przystąpienia do Umowy ubezpieczenia – dzień następujący po dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.
3. Okres ubezpieczenia może zostać wydłużony w przypadku wydłużenia terminu spłaty Pożyczki określonego w pierwotnym harmonogramie spłaty Pożyczki w związku z karencją w spłacie Pożyczki. Wydłużenie okresu ubezpieczenia nie wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczyciela na wydłużenie okresu ubezpieczenia.

§5. Koniec ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) z dniem odstąpienia od Umowy pożyczki lub jej rozwiązania,
 - 2) z dniem miesiąca, w którym nastąpiła spłata Pożyczki,
 - 3) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - 4) z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiła wcześniejsza spłata Pożyczki,
 - 5) z dniem wydania, w odniesieniu do danego Ubezpieczonego orzeczenia o niezdolności do pracy - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy lub ubezpieczenia na wypadek Czasowej Niezdolności do Pracy lub ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do Pracy,
 - 6) z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy, ubezpieczenia na wypadek Czasowej Niezdolności do Pracy i ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do Pracy,
 - 7) z chwilą wyczerpania limitu świadczeń ubezpieczeniowych - w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy i Czasowej Niezdolności do Pracy oraz Hospitalizacji,

- 8) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy,
 - 9) z chwilą rozwiązania albo wygaśnięcia umowy ubezpieczenia na życie zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia na życie do pożyczek gotówkowych „Pakiet Srebrny” Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
 - 10) w razie, gdyby przed wydaniem orzeczenia upłynął okres ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do Pracy po dacie wydania Orzeczenia, pod warunkiem że data powstania Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego wskazana w orzeczeniu o niezdolności do pracy znajduje się w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczony ma prawo do złożenia oświadczenia woli o rezygnacji z obejmowania ochroną ubezpieczeniową w każdym czasie, poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji. Oświadczenie o rezygnacji powinno być złożone Ubezpieczającemu. Ochrona ubezpieczeniowa w przypadku rezygnacji trwa do końca miesiąca, w którym złożona została rezygnacja.

§6. Składka ubezpieczeniowa

1. Obowiązek zapłaty składki ubezpieczeniowej ciąży na Ubezpieczającym. Roszczenie o zapłatę składki przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko Ubezpieczającemu.
2. Składka opłacana jest za dany okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
3. Wysokość Składki jest ustalona, jako iloczyn Stopy składki i początkowego kapitału udzielonej i wypłaconej Pożyczki. Początkowy kapitał Pożyczki jest określony w Umowie pożyczki. W przypadku, gdy Pożyczka udzielona jest dwóm Ubezpieczonym wówczas Składka jest ustalona, jako iloczyn Stopy składki i 50% kwoty początkowego kapitału udzielonej i wypłaconej Pożyczki.
4. Wysokość Stopy składki określona jest w Umowie ubezpieczenia.
5. Terminy płatności pierwszej Składki przypadają:
 - 1) w odniesieniu do Pożyczkobiorców, którzy złożyli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia przed uruchomieniem Pożyczki, pierwsza Składka płatna jest w terminie płatności pierwszej raty Pożyczki, zgodnie z harmonogramem spłat Pożyczki,
 - 2) w odniesieniu do Pożyczkobiorców, którzy złożyli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia po uruchomieniu Pożyczki, pod warunkiem, że wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został złożony przed dniem pobrania najbliższej raty Pożyczki, zgodnie z harmonogramem spłat Pożyczki, pierwsza Składka jest płatna w dniu płatności raty Pożyczki przypadającej po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
 - 3) w odniesieniu do Pożyczkobiorców, którzy złożyli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia po uruchomieniu Pożyczki, pod warunkiem, że wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został złożony po dniu płatności raty Pożyczki zgodnie z harmonogramem spłat Pożyczki, pierwsza Składka jest płatna w dniu płatności raty Pożyczki przypadającej w miesiącu następnym zgodnie z harmonogramem spłat Pożyczki, po dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
6. Każda kolejna Składka jest płatna miesięcznie w dniu płatności raty Pożyczki, zgodnie z harmonogramem spłat Pożyczki.
7. Jeżeli składka nie została zapłacona w terminie, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki w ciągu 7 dni od dnia otrzymania wezwania. W razie niezapłacenia składki we wskazanym w wezwaniu terminie, umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego ze skutkiem natychmiastowym. W takim przypadku Ubezpieczyciel może żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność.

TERMIN ROZPOCZĘCIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA ZALEŻY OD ZAKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

ZAPOZNAJ SIĘ Z WYSOKOŚCIĄ SUMY UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§7. Suma ubezpieczenia, limity świadczeń oraz świadczenia.

1. Łączna liczba miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu wszystkich zdarzeń polegających na Utracie pracy, Czasowej Niezdolności do Pracy oraz Hospitalizacji w stosunku do danego Ubezpieczonego nie może przekroczyć 6 (słownie: sześciu) w okresie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony nie nabywa prawa do świadczenia po zakończeniu okresu ubezpieczenia.
3. Sumę ubezpieczenia z tytułu Niezdolności do pracy stanowi saldo zadłużenia nie więcej niż 100.000 zł, w odniesieniu do wszystkich umów pożyczki w związku z zawarciem, których Pożyczkobiorca jest ubezpieczony na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem limitów określonych w ustępie 5 poniżej.
4. Saldo zadłużenia, o którym mowa w ust. 3, jest równe sumie następujących kwot:
 - 1) pozostającego do spłaty w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego kapitału Pożyczki,
 - 2) odsetek według przewidzianej Umową Pożyczki stopy procentowej, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału, za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 60 dni,
 - 3) odsetek karnych według przewidzianej Umową Pożyczki stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału, za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 60 dni.
5. Poniższa tabela określa wysokość i limity świadczeń dla poszczególnych Zdarzeń ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem ust.6:

TABELA I			
ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE WYSTĄPIŁO W CIĄGU PIERWSZYCH 90 DNI OD ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA			
	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia	Limit świadczeń
1.	Utrata pracy wraz ubezpieczeniem opłat eksploatacyjnych	Rata pożyczki	1 rata pożyczki, jednak nie więcej niż 3.000 zł
2.	Czasowa niezdolność do pracy	Rata pożyczki	1 rata pożyczki, jednak nie więcej niż 5.000 zł
3.	Hospitalizacja	Rata pożyczki	1 rata pożyczki, jednak nie więcej niż 5.000 zł
4.	Niezdolność do Pracy	Rata pożyczki	1 rata pożyczki, jednak nie więcej niż 5.000 zł

TABELA II			
ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE WYSTĄPIŁO PO UPŁYWIE 90 DNI OD ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA			
	Zdarzenia ubezpieczeniowe	Wysokość świadczenia	Limit świadczeń
1.	Utrata pracy wraz ubezpieczeniem opłat eksploatacyjnych	Rata pożyczki oraz 250 zł tytułem ubezpieczenia opłat eksploatacyjnych	6 rat pożyczki z zastrzeżeniem ust. 1 powyżej, jednak nie więcej niż 3.000 zł, oraz miesięcznie 250 zł tytułem ubezpieczenia opłat eksploatacyjnych
2.	Czasowa niezdolność do pracy	Rata pożyczki	6 rat pożyczki z zastrzeżeniem ust. 1, jednak nie więcej niż 5.000 zł
3.	Hospitalizacja	Rata pożyczki	6 rat pożyczki z zastrzeżeniem ust. 1, jednak nie więcej niż 5.000 zł
4.	Niezdolność do Pracy	Saldo zadłużenia	100% salda zadłużenia

6. Jeżeli w ramach jednej Umowy Pożyczki, ubezpieczonych zostało kilka osób fizycznych, świadczenie Ubezpieczyciela stanowi iloraz świadczenia ustalonego zgodnie z ust. 4 i liczby Ubezpieczonych ustalonej w dniu przystąpienia do ubezpieczenia.
7. W celu ustalenia świadczenia, przez pojęcie raty Pożyczki rozumie się ratę Pożyczki, ustaloną zgodnie z harmonogramem spłat Pożyczki obowiązującym w dniu zawarcia Umowy Pożyczki wymagalną na Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Ubezpieczony nabywa prawa do pierwszego świadczenia z tytułu Utraty pracy po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych. Ubezpieczony nabywa prawa do kolejnych świadczeń po upływie każdego następnego nieprzerwanego 30 dniowego okresu posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, z zastrzeżeniem ust. 4.
9. Ubezpieczony nabywa prawa do pierwszego świadczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy po upływie 30 dni nieprzerwanej Czasowej Niezdolności do Pracy. Ubezpieczony nabywa prawa do kolejnych świadczeń po upływie każdego następnego nieprzerwanego 30 dniowego okresu Czasowej Niezdolności do Pracy, z zastrzeżeniem ust. 4.
10. Świadczenia z tytułu Utraty pracy, Czasowej niezdolności do pracy wypłacane są z dołu, po upływie każdych kolejnych 30 dni nieprzerwanego trwania zdarzenia.
11. Ubezpieczony nabywa prawa do pierwszego świadczenia z tytułu Hospitalizacji po upływie 14 dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji. Jeżeli po upływie okresu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w wyniku tych samych okoliczności Hospitalizacja trwa nadal, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim wypadku Ubezpieczony nabywa prawa do kolejnych świadczeń po upływie 30 kolejnych dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji z zastrzeżeniem ust. 12 oraz 13. Świadczenia z tytułu Hospitalizacji wypłacane są z dołu po upływie terminów wskazanych powyżej.

12. Jeżeli, w wyniku tych samych okoliczności, po upływie 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest ona traktowana, jako ciąg dalszy tego zdarzenia ubezpieczeniowego i w takim przypadku Ubezpieczony nabywa prawa do kolejnych świadczeń po upływie 30 dni kalendarzowych nieprzerwanej Hospitalizacji.
13. Jeżeli w wyniku innych okoliczności po upływie 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Hospitalizacji nastąpiła ponowna Hospitalizacja, to jest on traktowana, jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe.
14. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje Ubezpieczonemu, który do dnia rozwiązania Umowy o pracę/kontraktu menedżerskiego świadczył pracę nieprzerwanie przez 60 dni na podstawie Umowy o pracę/kontraktu menedżerskiego zawartej na czas nieokreślony albo na czas określony dłuższy niż czas trwania Umowy Pożyczki lub nieprzerwanie przez 60 dni prowadził Działalność gospodarczą.
15. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu utraty pracy, Ubezpieczyciel zwracać będzie Ubezpieczonemu pokryte przez niego Opłaty Eksploatacyjne do kwoty 250 zł (słownie: dwieście pięćdziesiąt złotych), których termin płatności przypadają w miesiącu kalendarzowym, w którym świadczenia ubezpieczeniowe przysługiwały z zastrzeżeniem ust. 4 powyżej.

ZAPOZNAJ SIĘ Z SYTUACJAMI, W KTÓRYCH UBEZPIECZYCIEL MOŻE ODMÓWIĆ WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§8. Wyłączenia odpowiedzialności.

Wyłączenia ogólne

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

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy z ubezpieczeniem Opłat Eksploatacyjnych

2. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy z ubezpieczeniem Opłat Eksploatacyjnych jest wyłączona dodatkowo, gdy Utrata pracy nastąpiła:
 - 1) w wyniku rozwiązania stosunku pracy na skutek wypowiedzenia go Ubezpieczonemu przez pracodawcę przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
 - 2) w wyniku rozwiązania kontraktu menedżerskiego na skutek wypowiedzenia go przez dającego zlecenie przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
 - 3) w wyniku zakończenia prowadzenia działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia,
 - 4) na skutek rozwiązania stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego przez Ubezpieczonego,
 - 5) na skutek rozwiązania stosunku pracy za porozumieniem stron chyba, że porozumienie zostało zawarte z przyczyn niedotyczących pracownika w rozumieniu właściwych przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników,
 - 6) na skutek rozwiązania kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron z wyjątkiem sytuacji, gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn analogicznych do przyczyn niedotyczących pracowników, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
 - 7) na skutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
 - 8) na skutek rozwiązania przez dającego zlecenie kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, z przyczyn analogicznych do rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy z winy pracownika, w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy,
 - 9) w wyniku rozwiązania stosunku pracy zawartego na czas określony z upływem okresu, na który został zawarty,
 - 10) w wyniku rozwiązania kontraktu menedżerskiego z upływem okresu, na który został zawarty,
 - 11) w wyniku zakończenia stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego:
 - a) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, będącą dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie,
 - b) ze spółką osobową lub kapitałową, której współnikiem jest krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia włącznie,
3. W przypadku ubezpieczenia Opłat Eksploatacyjnych zwrot kosztów poniesionych przez Pożyczkobiorcę nie przysługuje, gdy Pożyczkobiorca nie jest zobowiązany do ich pokrywania, jako strona umowy o dostawę mediów lub usług eksploatacyjnych jako właściciel nieruchomości albo, jako członek spółdzielni mieszkaniowej posiadający spółdzielcze lokatorskie prawo do lokalu albo spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu.

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, Hospitalizacji lub Niezdolności do Pracy

4. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Czasowej Niezdolności do Pracy, Hospitalizacji lub Niezdolności do Pracy jest wyłączona dodatkowo, gdy Zdarzenie Ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek i w bezpośrednim związku z:
- 1) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
 - 2) nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, za wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 3) usiłowaniem lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego,
 - 4) alkoholizmem lub chorobą psychiczną Ubezpieczonego (choroba zakwalifikowana) w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice),
 - 5) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych Wypadków) lub operacji zmiany płci,
 - 6) samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, w okresie sześciu pierwszych miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 7) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 8) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień,
 - 9) uczestnictwem Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi,
 - 10) ciążą, porodem w zakresie ubezpieczenia obejmującym Czasową Niezdolność do Pracy lub ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji Ubezpieczonego,
 - 11) rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka lub zawodowym i wyczynowym uprawianiem sportu chyba, że nie miało to wpływu na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych, które:
- 1) zaszły w okresie pierwszych 12 miesięcy od dnia przystąpienia do Umowy ubezpieczenia i
 - 2) są skutkiem nieszczęśliwego wypadku, który wystąpił lub choroby stwierdzonej lub choroby leczonej, w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.

STOSUJĄC SIĘ DO ZASAD ZGŁASZANIA ROSZCZENIA MOŻNA SKRÓCIĆ CZAS WYDANIA DECYZJI PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

§9. Zgłoszenie roszczenia i jego wypłata.

1. Wszelkie dokumenty związane ze zgłoszeniem roszczenia powinny być złożone:
 - 1) pocztą na adres Administratora: AXA, Ul. E. Plater 53, 17 piętro, 00-113 Warszawa lub
 - 2) pocztą elektroniczną: na adres: clp.pl@partners.axa lub
 - 3) faxem na numer: +48 22 526 28 01
2. Agent przekazuje do Ubezpieczyciela kopię Wniosku ubezpieczeniowego oraz informację o wysokości kapitału Pożyczki lub Raty Pożyczki, jeżeli jest to konieczne do ustalenia wysokości świadczenia.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia, należy złożyć formularz zgłoszenia roszczenia oraz następujące dokumenty:

	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Wymagane dokumenty
1)	Niezdolność do pracy	<ol style="list-style-type: none"> 1. orzeczenie o niezdolności do pracy wydane na okres równy lub dłuższy niż 2 lata, 2. dokumentację na podstawie, której wydano orzeczenie o niezdolności do pracy, 3. jeśli niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem - dokumenty dotyczące wypadku np. kopii protokołu BHP – jeśli wypadek miał miejsce w pracy, kopii notatki policyjnej /postanowienia prokuratury - jeśli wzywana była policja oraz prowadzone było postępowanie
2)	Utrata pracy z ubezpieczeniem Opiłat Eksploatacyjnych	<ol style="list-style-type: none"> 1. wydane przez urząd pracy zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego oraz o nabyciu prawa zasiłku dla bezrobotnych i posiadaniu tego statusu i prawa nieprzerwanie od co najmniej 30 dni, 2. kopię ostatniej Umowy o pracę lub Kontraktu menedżerskiego, 3. świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, 4. kopię oświadczenia pracodawcy/zleceniodawcy o wypowiedzeniu Umowy o pracę lub Kontraktu menedżerskiego, 5. dla osób prowadzących Działalność gospodarczą zaświadczenie o wykreśleniu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz zaświadczenie potwierdzające zakończenie prowadzenia i wyrejestrowanie Działalności gospodarczej, 6. przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - zaświadczenie wystawiane przez Urząd Pracy poświadczające posiadanie przez ubezpieczonego statusu bezrobotnego i jego prawo do zasiłku, zaś po ustaniu pełnego okresu pobierania zasiłku – zaświadczenie z Urzędu Pracy, potwierdzające posiadanie przez ubezpieczonego statusu bezrobotnego,

		7. w razie Opłat Eksploatacyjnych - dokumenty (faktury, rachunki) potwierdzające dokonanie Opłat Eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w miesiącu kalendarzowym, w którym Ubezpieczonemu przysługiwały świadczenia ubezpieczeniowe.
3)	Czasowa niezdolność do pracy	1. zaświadczenie lekarskie (formularz ZUS ZLA) poświadczające czasową niezdolność do pracy przez okres 30 dni, 2. dokumentację medyczną dotyczącą zdarzenia ubezpieczeniowego, 3. przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego zaświadczenie lekarskie (formularz ZUS ZLA) 4. jeśli czasowa niezdolność do pracy spowodowana była nieszczęśliwym wypadkiem - dokumenty dotyczące wypadku np. kopii protokołu BHP – jeśli wypadek miał miejsce w pracy, kopii notatki policyjnej /postanowienia prokuratury - jeśli wzywana była policja oraz prowadzone było postępowanie
4)	Hospitalizacja	1. kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inne zaświadczenie ze szpitala zawierające informację o hospitalizacji Ubezpiezonego, a w szczególności o przyczynie oraz okresie hospitalizacji, 2. dodatkowo przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – zaświadczenie ze szpitala o okresie pobytu w szpitalu oraz przyczynie hospitalizacji, 3. dokumenty dotyczące wypadku np. kopii protokołu BHP – jeśli wypadek miał miejsce w pracy, kopii notatki policyjnej /postanowienia prokuratury - jeśli wzywana była policja oraz prowadzone było postępowanie.

4. Ustalenie zasadności oraz wysokości świadczenia następuje na podstawie pełnej dokumentacji wymaganej przez Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo żądania od Ubezpiezonego poddania się badaniom lekarskim u lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela. Koszt badań lekarskich ponosi Ubezpieczyciel.
6. W przypadku, gdy dokumentacja, doręczona Ubezpieczycielowi nie jest wystarczająca do ustalenia odpowiedzialności, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zażądania dodatkowych wyjaśnień lub dokumentów niezbędnych do ustalenia uprawnień do świadczenia, zasadności i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel zastrzega sobie także prawo do uzyskania odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez Ubezpiezonego danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa Ubezpiezonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), jak również zasięgania na swój koszt opinii lekarzy konsultantów Ubezpieczyciela oraz do uzyskania koniecznych informacji lub materiałów od sądów, policji, prokuratury lub innych organów i instytucji, w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalania odpowiedzialności (jeżeli są one niezbędne do ustalenia okoliczności tych wypadków i zdarzeń losowych oraz wysokości świadczenia) zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej reasekuracyjnej.
7. W przypadku dokumentów sporządzonych w innym języku wskazane jest, aby dokumenty te były przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
8. Wszelkie koszty związane ze skompletowaniem wymaganych dokumentów ponosi zgłaszający roszczenie, z wyjątkiem kosztów, o których mowa w ust.6.
9. Po otrzymaniu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel w terminie 7 dni informuje pisemnie lub drogą elektroniczną zgłaszającego roszczenie o otrzymaniu zgłoszenia roszczenia oraz informuje, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela.
10. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczony może zasięgnąć informacji u Administratora pod numer telefonu (0 22) 526 29 99 , w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.

§10. Terminy i sposób zapłaty świadczenia.

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest w przypadku ubezpieczenia ryzyka Utraty pracy wraz z ubezpieczeniem Opłat Eksploatacyjnych, Niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy osoba wskazana przez Ubezpiezonego w odrębnym oświadczeniu, a w razie braku tego wskazania sam Ubezpieczony.
2. Ubezpieczyciel przekazuje świadczenie na rachunek bankowy, wskazany przez Uprawnionego do świadczenia.
3. Ubezpieczony może w każdym czasie zmienić, odwołać lub wskazać uprawnionego zawiadamiając o tym Ubezpieczyciela zachowaniem formy pisemnej, w szczególności składając za pośrednictwem Ubezpieczającego oświadczenia o zmianie uprawnionych. Przy wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela za wiążące uznawane jest ostatnie zawiadomienie.
4. W przypadku ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia nie było możliwe w powyższym terminie, to Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie do 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia roszczenia.
5. Jeżeli w powyższych terminach Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, to pisemnie zawiadamia Ubezpiezonego lub Uprawnionego do świadczenia o przyczynach niemożności zaspokojenia zgłoszonego roszczenia w całości lub w części.

6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, to Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Ubezpieczonego lub Uprawnionego do świadczenia, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia - informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§11. Oświadczenia uczestników stosunku ubezpieczenia.

1. Oświadczenia Ubezpieczonego związane ze zmianą danych osobowych jak również dotyczące rezygnacji z ubezpieczenia należy składać w formie pisemnej Ubezpieczającemu.
2. Dokumentację dotyczącą wypłaty świadczenia należy kierować na adres siedziby Administratora.
3. Pozostałe oświadczenia mogą być składane przez uczestników stosunku ubezpieczenia za pośrednictwem Banku, w szczególności przy wykorzystaniu drogi elektronicznej oraz środków porozumiewania się na odległość, o ile Ubezpieczony uzgodnił z Bankiem taką formę kontaktu.

§12. Korespondencja.

Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Ubezpieczyciela w związku z Umową ubezpieczenia powinny być składane na adres Administratora: AXA, ul. E. Plater 53, 00-113 Warszawa, Budynek WFC

§13. Reklamacje.

1. Reklamacje dotyczące realizacji przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mogą być składane pisemnie, osobiście, lub w innej wybranej formie. W przypadku wyboru formy pisemnej, reklamacje powinny być kierowane na adres Administratora, wskazany w § 12. W celu ułatwienia i przyspieszenia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna być złożona niezwłocznie po wystąpieniu okoliczności budzących wątpliwości i zastrzeżenia chyba, że okoliczności wymagające wyjaśnienia nie będą miały wpływu na sposób procedowania z reklamacją.
2. W treści reklamacji należy wskazać imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie, a także numer Umowy pożyczki.
3. Osoba składająca reklamację może żądać pisemnego potwierdzenia wpływu reklamacji. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia reklamacji złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
4. Odpowiedzi na reklamacje udzielane są na piśmie w postaci papierowej (przesyłką pocztową) niezwłocznie, najpóźniej w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie określonym powyżej, osoba zgłaszająca Reklamację zostanie poinformowana o przyczynie opóźnienia wraz ze wskazaniem okoliczności potrzebnych do rozpatrzenia Reklamacji i określeniem przewidywanego terminu jej rozpatrzenia udzielenia odpowiedzi. Termin ten nie może przekroczyć 60 dni licząc od dnia otrzymania Reklamacji.
6. Odpowiedzi na reklamacje udziela Administrator.

§14. Rozstrzygnięcie sporów.

1. W przypadku wystąpienia sporu z Ubezpieczycielem Ubezpieczony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia może zwrócić się o pomoc do Rzecznika Finansowego.
2. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
3. Pozew o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia może być złożony do sądu właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy ubezpieczenia mogą także złożyć pozew do sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczyciela.

§15. Postanowienia końcowe.

1. Językiem stosowanym w relacjach wynikających z Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
3. Niniejsze Warunki wchodzi w życie z dniem 1 września 2016 roku.