

**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW
BSBR-OWU-0725**

Informacje o istotnych postanowieniach ogólnych warunków ubezpieczenia. Wskazuje je art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 5, § 6, § 14, § 15, § 16
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 11



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KREDYTOBIORCÓW BSBR-OWU-0725

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Kredytobiorców o symbolu BSBR-OWU-0725 (zwane dalej OWU), stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Vienna Life Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162A, zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

§ 2. DEFINICJE

Terminy oraz nazwy pisane z dużej litery użyte w OWU, Umowie ubezpieczenia oraz innych dołączonych dokumentach oznaczają:

1. Ubezpieczony – Kredytobiorca, który w dniu wypełnienia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia jest w Wieku od 18 do 45 lat oraz który, w dniu spłaty ostatniej Raty kredytu określonej w Harmonogramie spłaty rat, ma maksymalnie:

1) 74 lata – w przypadku Pakietu podstawowego albo

2) 64 lata – w przypadku Pakietu komfortowego,

którego życie (w przypadku Pakietu podstawowego) albo życie i zdrowie (w przypadku Pakietu komfortowego) jest przedmiotem ubezpieczenia.

W przypadku gdy Kredytobiorcą jest spółka prawa handlowego lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej – Ubezpieczonym, na podstawie Umowy ubezpieczenia, może zostać osoba fizyczna, pozostająca w stałym stosunku prawnym (umowa o pracę, powołanie, umowa o stałej współpracy) z Kredytobiorcą: Wspólnik/ Partner spółki osobowej prawa handlowego, Prezes Zarządu, Członek Zarządu, Pełnomocnik Zarządu, Prokurent, Dyrektor Zarządzający, Dyrektor Finansowy oraz Główny Księgowy.

2. Ubezpieczający – Kredytobiorca zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej.

3. Uposażony Główny – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, wskazany przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w przypadku gdy śmierć Ubezpieczonego zaszła w Okresie ubezpieczenia i okresie obowiązywania Umowy kredytu, nie później jednak niż do dnia wymagalności ostatniej Raty kredytu zgodnie z Harmonogramem spłaty rat.

4. Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która jest uprawniona do otrzymania Świadczenia zgodnie z § 3 ust. 3-5 z zastrzeżeniem § 6 ust. 4.

5. Agent ubezpieczeniowy – agent ubezpieczeniowy lub agent oferujący ubezpieczenia uzupełniające, w rozumieniu ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

6. Bank Spółdzielczy – bank spółdzielczy w rozumieniu ustawy z dnia 7 grudnia 2000 r. o funkcjonowaniu banków spółdzielczych, ich zrzeszaniu się i bankach zrzeszających.

7. Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym czynnik chorobotwórczy: bakteria, wirus lub pasożyt. W rozumieniu OWU za Chorobę nie uważa się ciąży, porodu oraz połogu.

8. Całkowita trwała niezdolność do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby – powstała w Okresie ubezpieczenia całkowita utrata zdolności Ubezpieczonego do

wykonywania jakiejkolwiek pracy z powodu naruszenia sprawności organizmu Ubezpieczonego, będącej następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, która na podstawie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub badań lekarskich wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, została uznana przez lekarza wydającego opinię medyczną dla Towarzystwa, za nierokującą na odzyskanie przez Ubezpieczonego zdolności do pracy przez okres dłuższy niż 5 lat od dnia jej wystąpienia. Za dzień wystąpienia, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku albo dzień zdiagnozowania Choroby – w zależności od przyczyny powstania Zdarzenia ubezpieczeniowego, a w przypadku wydania wobec Ubezpieczonego decyzji lub orzeczenia właściwego organu rentowego o całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w tym dokumencie.

Towarzystwo uznaje Całkowitą trwałą niezdolność do pracy Ubezpieczonego, bez konieczności oceny dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub przeprowadzania badań lekarskich, wykonanych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo i na koszt Towarzystwa, w przypadku gdy w stosunku do Ubezpieczonego orzeczono po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy na okres dłuższy niż 5 lat, przy czym okresy orzeczonej niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy wskazane w kilku orzeczeniach wydanych w Okresie ubezpieczenia, sumuje się.

9. Droga – droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym.

10. Dzień początku odpowiedzialności – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.

11. Dzień końca odpowiedzialności – potwierdzony w Polisie dzień, w którym kończy się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.

12. Dzień wymagalności Składki ubezpieczeniowej – pierwszy dzień okresu, za który należna jest dana Składka ubezpieczeniowa.

13. Dzień zapłaty Składki ubezpieczeniowej – dzień, w którym na rachunku bankowym Towarzystwa uznano Składkę ubezpieczeniową zapłaconą w pełnej wysokości.

14. Harmonogram wpłat Składek ubezpieczeniowych – potwierdzony w Polisie terminarz wpłaty poszczególnych Składek ubezpieczeniowych zawierający Dzień wymagalności każdej Składki ubezpieczeniowej i jej wysokość.

15. Harmonogram spłaty rat – terminarz spłaty Rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytu w dniu zawarcia Umowy kredytu zawierający wysokość poszczególnych Rat kredytu i daty ich spłaty.

16. Kredytobiorca – osoba fizyczna lub spółka prawa handlowego albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Bankiem Spółdzielczym udzielającym kredytu Umowę kredytu.

17. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną i niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, lub zmarł; w rozumieniu OWU za Nieszczęśliwy



wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu oraz innych chorób, nawet jeżeli wystąpiły nagle bądź zostały ujawnione przypadkowym i nagłym zdarzeniem wywołanym przyczyną zewnętrzną.

18. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności i kończy się zgodnie z § 5 ust. 3 OWU. Okres ubezpieczenia nie jest tożsamy z Okresem kredytowania, ale nie może być dłuższy niż Okres kredytowania.

19. Okres kredytowania – okres, na który Kredytobiorca zawarł z Bankiem Spółdzielczym udzielającym kredytu Umowę kredytu.

20. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki, w tym długość Okresu ubezpieczenia i częstotliwość opłacania Składki ubezpieczeniowej.

21. Poważne zachorowanie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia – wystąpienie u Ubezpieczonego jednego ze zdefiniowanych i wskazanych w poniższej tabeli stanów chorobowych:

	Poważne zachorowanie	Definicja Poważnego zachorowania
a)	Całkowita utrata mowy	całkowita i nieodwracalna utrata mowy w następstwie resekcji krtani lub przewlekłej choroby krtani, o ile stan całkowitej utraty mowy trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Całkowitej utraty mowy o podłożu psychogennym
b)	Całkowita utrata słuchu	całkowita i nieodwracalna obustronna utrata słuchu powstała w następstwie choroby lub urazu, o ile stan Całkowitej utraty słuchu trwa nieprzerwanie powyżej 6 miesięcy
c)	Całkowita utrata wzroku	całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata widzenia z brakiem poczucia światła lub poczuciem światła bez lokalizacji, powstała w następstwie choroby lub urazu
d)	Łagodne guzy mózgu	guzy mózgu nie sklasyfikowane jako złośliwe, wymagające usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujące wystąpienie trwałych deficytów neurologicznych. W rozumieniu OWU za Łagodne guzy mózgu nie uważa się krwawiaków, torbieli, cyst, ziarniniaków, malformacji naczyńniowych, guzów przysadki lub rdzenia kręgowego. Uznanie roszczenia z tego tytułu wyklucza możliwość roszczenia z powodu utraty wzroku lub śpiączki, jeżeli były spowodowane Łagodnym guzem mózgu
e)	Niewydolność nerek	stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki. W rozumieniu OWU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializ
f)	Nowotwór złośliwy	choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. W rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy uważa się także ziarnicę złośliwą i białaczkę. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania lub badaniem histopatologicznym. W rozumieniu OWU za nowotwór złośliwy nie uważa się: a) nowotworu łagodnego, b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta, c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T I a wg klasyfikacji TNM, (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm (o stopniu zaawansowania wg Clarka ≥ 4), e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB), f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3 , g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T I (T I a lub T I b lub T I c) w klasyfikacji TNM, h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego)
g)	Oparzenia	termiczne lub chemiczne uszkodzenia powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry) wymagające hospitalizacji obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni Oparzenia stosuje się „regulę dziewiątek”
h)	Operacja aorty	chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszną, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku: a) gdy do Operacji aorty doszło w związku z przebyłym urazem, b) jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty, c) operacji innego niż piersiowy lub brzuszny odcinek aorty, d) przeszskórnej implantacji stentu – graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej i/lub jamy brzusznej



	Poważne zachorowanie	Definicja Poważnego zachorowania
i)	Przeszczep narządu	leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii. W rozumieniu OWU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepienia: a) narządu sztucznego, b) fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa
j)	Stwardnienie rozsiane	przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez specjalistę neurologa. Dla potwierdzenia rozpoznania Ubezpieczony musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu
k)	Śpiączka	spowodowany chorobą inną niż wymienione w pkt l)-l4) powyżej i l6)-l7) poniżej lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji vegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku Śpiączki, do której wystąpienia doszło na skutek użycia przez Ubezpieczonego leków, alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub toksycznych
l)	Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV	zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem transfuzji krwi przeprowadzonej w Okresie ubezpieczenia, przez uprawniony do tego zakład opieki zdrowotnej działający na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Ubezpieczony jest chory na hemofilię lub jest poddawany przewlekłym dializom
m)	Udar mózgu	nagłe wystąpienie ogniskowych lub uogólnionych zaburzeń czynności mózgu, spowodowanych wyłącznie przyczynami naczyniowymi (krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego zakrzepica żył lub zatok żylnych), związanymi z mózgowym przepływem krwi, trwającym dłużej niż 24 godziny. Za udar mózgu uznaje się także objawy trwające poniżej 24 godzin, ale udokumentowane zostało jednoznacznie ognisko niedokrwienne za pomocą badań neuroobrazowych, objawy ustąpiły po leczeniu trombolitycznym lub nastąpił zgon w pierwszej dobie od początku objawów. Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego. W rozumieniu OWU za Udar mózgu nie uważa się: a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA) – jeżeli ogniskowe objawy neurologiczne ustąpiły samoistnie do 24 godzin i nie uwidoczniło ogniska niedokrwiennego w badaniach neuroobrazowych, b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND), c) objawów mózgowych spowodowanych migreną, d) zaburzeń ukrwienia układu przedsionkowego lub nerwu wzrokowego, e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (stłuczenie mózgu, krwotoki pourazowe), f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia – hipoksemiczne uszkodzenie mózgu (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu), g) udaru mózgu rozpoznanego, jako przebyty w przeszłości (np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego), h) skutków choroby dekompresyjnej, i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem
n)	Wszczepienie zastawki serca	wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym. W rozumieniu OWU za Wszczepienie zastawki serca nie uważa się: a) operacji naprawczej, b) rekonstrukcji zastawki, c) plastyki zastawki, d) walwulotomii, e) przeznaczeniowego lub przezkoniuszkowego wszczepienia protezy zastawki



	Poważne zachorowanie	Definicja Poważnego zachorowania
o)	Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	operacja kardiochirurgiczna, polegająca na wszczepieniu 2 lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych (tzw. bypassów), omijających miejsce zwężenia tętnicy wieńcowej, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych. W rozumieniu OWU za Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalnowieńcowego (by-pass) nie uważa się: a) zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), b) każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implementacją stentu, c) każdej innej operacji, mającej na celu leczenie innych chorób serca, d) zabiegów z użyciem technik torakoskopowych
p)	Zawał serca	martwica mięśnia sercowego. W rozumieniu OWU Zawał serca oznacza: a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego: i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej), ii) zmiany w EKG, wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, iii) powstanie patologicznych załamków Q w EKG, iv) dowody w badaniach obrazowych, ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, v) wykrycie skrzepliny w tętnicy wieńcowej podczas koronarografii lub badania sekcyjnego lub b) zawał serca związany z zabiegiem na tętnicach wieńcowych w ciągu mniej niż 48 godzin od zabiegu – wzrost stężenia cTn we krwi do wartości przekraczającej 5-krotnie górną granicę normy w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) oraz do wartości przekraczającej 10-krotnie górną granicę normy w przypadku operacji pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) u osób z prawidłowym początkowym stężeniem cTn. Zwiększone stężenie cTn przed zabiegiem, które jest stabilne lub wykazuje tendencję spadkową, musi spełniać kryteria wzrostu stężenia cTn 5 lub 10 razy powyżej górnej granicy normy oraz wzrostu stężenia cTn o 20% w porównaniu z wartością przed zabiegiem, a także co najmniej jedno z następujących kryteriów: i) obecność nowych niedokrwiennych zmian w EKG (w odniesieniu do zawału serca związanego z angioplastyką); ii) pojawienie się nowych patologicznych załamków Q w EKG. Pojawienie się nowych patologicznych załamków Q w EKG spełnia kryteria zawału związanego z angioplastyką i operacją wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych w przypadku obu rodzajów zabiegów rewaskularyzacyjnych, jeżeli stężenia cTn jest podwyższone i wzrasta, ale nie osiąga wyżej zdefiniowanych wartości progowych dla PCI i CABG, iii) uwidocznienie w badaniach obrazowych ubytku żywotnego mięśnia sercowego, który można uznać za nowy, i którego umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, iv) wykazanie w koronarografii powikłania zabiegu, które ogranicza przepływ, takiego jak rozwarstwienie tętnicy wieńcowej, zamknięcie dużej tętnicy nasierdziejowej lub pomostu, zamknięcie lub zakrzepica bocznej gałęzi, zaburzenia krążenia obocznego lub dystalna embolizacja, v) pośmiertne wykazanie skrzepliny, związanej z zabiegiem, spełnia kryteria zawału związanego z angioplastyką, jeżeli dotyczy stentu, c) nagły zgon sercowy u osób z objawami sugerującymi niedokrwienie mięśnia sercowego w połączeniu z przypuszczalnie nowymi zmianami niedokrwienymi w elektrokardiogramie lub migotaniem komór, ale którzy zmarli, zanim można było pobrać krew w celu oznaczenia biomarkerów sercowych, bądź zanim mógł nastąpić wzrost stężenia biomarkerów, lub u których wykryto zawał serca w badaniu sekcyjnym. W rozumieniu OWU, za Zawał serca nie uważa się zawału rozpoznanego jako przebyty przed Dniem początku odpowiedzialności na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych.
r)	Zawodowe zakażenie wirusem HIV	zakażenie wywołane ludzkim wirusem upośledzenia odporności (Human Immunodeficiency Virus), będące bezpośrednim następstwem zakażenia podczas wykonywania obowiązków zawodowych, w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa. Serokonwersja do zakażenia wirusem HIV musi być udokumentowana w ciągu 6 miesięcy po możliwym przeniesieniu wirusa podczas wykonywania obowiązków zawodowych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, gdy Ubezpieczony jest chory na hemofilii lub jest poddawany przewlekłemu dializom



22. Pojazd:

a) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po Drodze lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po Drodze lub po torowisku, będące

1) pojazdem silnikowym, z wyłączeniem: pojazdów używanych do celów specjalnych, motocykli, motorowerów, innych pojazdów jednośladowych, bądź,

2) pojazdem szynowym.

b) Statek morski lub śródlądowy – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych połączeń komunikacyjnych. W rozumieniu OWU za Statek morski lub śródlądowy nie uważa się: okrętów podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

c) Statek powietrzny – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

23. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm³. W rozumieniu OWU uważa się, że Ubezpieczony Pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku:

1) odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tę osobę, lub

2) gdy nie wykonano badań z innych powodów,

a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu przez tę osobę.

24. Rata kredytu – określona w Umowie kredytu, płatna okresowo część kwoty kredytu wraz z należnymi odsetkami, z wyłączeniem odsetek naliczanych za Zadużenie przeterminowane.

25. Reklamacja – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez osobę uprawnioną do złożenia reklamacji, w którym osoba ta zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

26. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa, potwierdzonego w Polisie.

27. Rok ubezpieczenia – 12-miesięczny okres (okresy) liczony od Dnia początku odpowiedzialności i odpowiednio od kolejnych Rocznic ubezpieczenia.

28. Siedziba Towarzystwa – Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 18 ust. 10 OWU i ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa, rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

29. Składka ubezpieczeniowa – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia płatna, według potwierdzeń w Polisie, przez Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia na rachunek bankowy Towarzystwa albo za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego działającego w imieniu Towarzystwa i uprawnionego do jej pobierania. Składka ubezpieczeniowa może być płatna z częstotliwością miesięczną lub jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia. Częstotliwość opłacania Składki ubezpieczeniowej potwierdzona jest w Polisie.

30. Świadczenie – kwota pieniężna wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

31. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie, zawarta między Towarzystwem

a Ubezpieczającym, na podstawie OWU, której przedmiotem jest życie (w przypadku Pakietu podstawowego) albo życie i zdrowie (w przypadku Pakietu komfortowego) Ubezpieczonego.

32. Umowa kredytu – umowa kredytu hipotecznego zawarta pomiędzy Bankiem Spółdzielczym udzielającym kredytu a Kredytobiorcą na okres od 12 miesięcy do 360 miesięcy, na kwotę od 10 000 PLN (słownie: dziesięć tysięcy złotych) do 2 000 000 PLN (słownie: dwóch milionów złotych), w związku z którą jest zawierana Umowa ubezpieczenia, na podstawie, której Bank Spółdzielczy udzielający kredytu obowiązuje się do udostępnienia środków finansowych Kredytobiorcy, a Kredytobiorca do spłaty zadłużenia zgodnie z warunkami tej umowy.

35. Wiek – liczba pełnych lat ukończonych przez Ubezpieczonego w dniu ostatniej urodzin.

36. Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia – dokument podpisany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, zawierający m.in. oświadczenie o wyrażeniu woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku, gdy Ubezpieczający nie jest jednocześnie Ubezpieczonym – oświadczenie Ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na zastrzeżenie na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym wysokość Sumy ubezpieczenia, określający: rodzaj pakietu określającego zakres ochrony ubezpieczeniowej, Dzień początku odpowiedzialności i Dzień końca odpowiedzialności, Okres ubezpieczenia, wysokość Składek ubezpieczeniowej oraz częstotliwość jej opłacania.

37. Wypadek komunikacyjny – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu, któremu uległ Ubezpieczony jako pasażer lub kierujący Pojazdem.

38. Zadużenie – zadłużenie z tytułu Umowy kredytu albo zadłużenie z tytułu Umowy kredytu jakie istniałoby gdyby Umowa kredytu nie została rozwiązana w związku z wcześniejszą spłatą kredytu, obejmujące: kapitał do spłaty, odsetki umowne za okres od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty Świadczenia, ale nie dłuższy niż 40 dni licząc od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, należne prowizje i opłaty, z wyłączeniem Zadużenia przeterminowanego i odsetek karnych.

39. Zadużenie przeterminowane – zadłużenie z tytułu Umowy kredytu, obejmujące odsetki naliczone za nieterminowe regulowanie zobowiązań wynikających z Umowy kredytu i Raty kredytu nie zapłacone do upływu terminu ich wymagalności ustalonego w Umowie kredytu oraz koszty poniesione w związku z egzekwowaniem zadłużenia.

40. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę Świadczenia.

41. Zmienna suma ubezpieczenia – kwota równa kwocie Zadużenia z tytułu Umowy kredytu na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, ale nie wyższa niż kwota zadłużenia wynikająca z Harmonogramu spłaty rat kredytu zawartego w Umowie kredytu obowiązującego na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:

1) życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia – w przypadku Pakietu podstawowego, albo

2) życie i zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia – w przypadku Pakietu komfortowego.

2. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa, w zależności od wybranego pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:



1) Pakiet podstawowy:

a) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

2) Pakiet komfortowy:

a) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,

b) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia,

c) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia,

d) Całkowita trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia,

e) Poważne zachorowanie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

3. Za Zdarzenie ubezpieczeniowe: śmierć Ubezpieczonego, które nastąpiło w Okresie ubezpieczenia i okresie obowiązywania Umowy kredytu, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości Zmiennej sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień śmierci Ubezpieczonego – na rzecz Uposażonego Głównego.

4. Za każde ze Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, które nastąpiły w Okresie ubezpieczenia i okresie obowiązywania Umowy kredytu, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości Zmiennej sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień śmierci Ubezpieczonego - na rzecz Uposażonego Zastępczego.

5. Za każde ze Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, które nastąpiły w Okresie ubezpieczenia i po wygaśnięciu Umowy kredytu w związku ze spłatą kredytu przed dniem wymagalności ostatniej Raty kredytu zgodnie z Harmonogramem spłaty rat, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości Zmiennej sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień śmierci Ubezpieczonego - na rzecz Uposażonego Zastępczego.

6. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości Zmiennej sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień wystąpienia Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby - na rzecz Ubezpieczonego.

7. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia Poważnego zachorowania, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości Zmiennej sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień wystąpienia Poważnego zachorowania u Ubezpieczonego - na rzecz Ubezpieczonego.

§ 4. SUMA UBEZPIECZENIA

1. W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest zawierana w związku z Umową kredytu, w której spłata kwoty udzielonego kredytu następuje ratałnie tj. w przypadku kredytu hipotecznego, Umowa ubezpieczenia jest zawierana na Zmienną sumę ubezpieczenia.

2. Rodzaj sumy ubezpieczenia jest potwierdzony w Polisie.

3. W przypadku, gdy Umowa kredytu jest zawarta przez więcej niż jednego Kredytobiorcę, każdy z nich zawiera oddzielną Umowę ubezpieczenia. Zmienna suma ubezpieczenia dla każdej z Umów ubezpieczenia jest ustalana proporcjonalnie do liczby Umów ubezpieczenia zawartych w ramach danej Umowy kredytu.

§ 5. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie, nie wcześniej jednak niż od

dnia następnego po dniu zapłaty Składki ubezpieczeniowej w wysokości wskazanej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, o ile Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został do tego dnia zaakceptowany przez Towarzystwo.

2. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy kredytu, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie, nie wcześniej jednak niż następnego dnia po zapłacie Składki ubezpieczeniowej w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, o ile Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został do tego dnia zaakceptowany przez Towarzystwo.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu oznaczonym jako Dzień końca odpowiedzialności,

2) w dniu oznaczonym jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu zgodnie z Harmonogramem spłaty rat,

3) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

4) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia,

5) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania,

6) w ostatnim dniu terminu dodatkowego, o którym mowa w § 10 ust. 1 OWU w sytuacji określonej w § 10 ust. 2 OWU.

§ 6. OCHRONA TYMCZASOWA

1. Ochrona tymczasowa to ochrona udzielana Ubezpieczonemu przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, na wypadek jego śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

2. Ochrona tymczasowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) do Siedziby Towarzystwa wpłynął kompletny (prawidłowo wypełniony i podpisany) Wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

2) została zapłacona Składka ubezpieczeniowa płatna jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia albo pierwsza Składka ubezpieczeniowa płatna regularnie z częstotliwością miesięczną w wysokości zadeklarowanej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

3) nie rozpoczął się jeszcze Okres ubezpieczenia.

3. Ochrona tymczasowa kończy się w najwcześniejszym z dni:

1) dzień poprzedzający Dzień początku odpowiedzialności,

2) dzień podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,

3) dzień doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o wycofaniu Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,

4) dzień śmierci Ubezpieczonego przed Dniem początku odpowiedzialności,

5) 90-ty dzień, licząc od dnia zapłaty Składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia albo pierwszej Składki ubezpieczeniowej płatnej regularnie z częstotliwością miesięczną.

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony tymczasowej, Towarzystwo wypłaci:

1) Uposażonemu Głównemu - jeżeli śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie obowiązywania Umowy kredytu albo

2) Uposażonemu Zastępczemu - jeżeli śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła po wygaśnięciu Umowy kredytu,



każdemu w odpowiedniej części, Świadczenie w wysokości Zmiennej sumy ubezpieczenia ustalonej na dzień śmierci Ubezpieczonego, nie wyższe jednak niż kwota 100 000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), o ile śmierć Ubezpieczonego oraz Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpiły w okresie ochrony tymczasowej.

5. Towarzystwo, niezależnie od spełnienia Świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej, zwraca Ubezpieczającemu opłaconą Składkę ubezpieczeniową w terminie wypłaty Świadczenia.

§ 7. ZASADY WSKAZYWANIA UPOSAŻONEGO GŁÓWNEGO ORAZ UPOSAŻONEGO ZASTĘPCZEGO

1. Ubezpieczony ma prawo wskazać jednego lub więcej Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych, a także może odwołać lub zmienić to wskazanie.

2. Ubezpieczony powinien określić udział każdego z Uposażonych Głównych oraz Uposażonych Zastępczych w kwocie Świadczenia, a suma tych udziałów powinna wynosić 100%.

3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Głównych lub kilku Uposażonych Zastępczych nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczony określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym Głównym lub Uposażonym Zastępczym, przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest równy zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

4. Ubezpieczony może wyrazić zgodę na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1-2.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu wskazania Uposażonego Głównego lub Uposażonego Zastępczego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

6. Wskazanie Uposażonego Głównego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony Główny zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

7. Wskazanie Uposażonego Zastępczego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony Zastępczy zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci odpowiednio Ubezpieczonego lub Uposażonego Głównego.

8. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych Głównych lub Uposażonych Zastępczych, a na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregośkolwiek Uposażonego Głównego lub Uposażonego Zastępczego stało się bezskuteczne, zgodnie z odpowiednio ust. 6, ust. 7 wówczas przypadająca mu część Świadczenia zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym Głównym/Uposażonym Zastępczym w proporcji wynikającej ze wskazania Ubezpieczonego dla Uposażonych Głównych/Uposażonych Zastępczych.

9. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego Głównego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych Głównych stało się bezskuteczne, zgodnie z ust. 6, prawo do otrzymania Świadczenia przysługuje Uposażonym Zastępczym, o ile zostali oni wskazani oraz na dzień śmierci Ubezpieczonego, to wskazanie również nie stało się bezskuteczne.

10. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych Głównych ani Uposażonych Zastępczych lub wskazanie wszystkich Uposażonych Głównych oraz Uposażonych Zastępczych stało się bezskuteczne zgodnie z odpowiednio ust. 6, ust. 7, wówczas Świadczenie przysługuje członkom

rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności pokrewieństwa:

- 1) małżonek zmarłego,
 - 2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,
 - 3) wnuki zmarłego,
 - 4) rodzice zmarłego,
 - 5) rodzeństwo zmarłego,
 - 6) dzieci rodzeństwa zmarłego,
 - 7) inni niż wskazani w pkt 1) – 6) powyżej spadkobiercy Ubezpieczonego.
- Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do Świadczenia w swojej kolejności, pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do Świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.

§ 8. WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Składka ubezpieczeniowa należna z tytułu Umowy ubezpieczenia opłacana jest:

- 1) jednorazowo, albo
 - 2) regularnie z częstotliwością miesięczną.
2. Częstotliwość opłacania Składki ubezpieczeniowej oraz wysokość jednorazowej Składki ubezpieczeniowej albo wysokości Składki ubezpieczeniowej płatnej regularnie wskazane są we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i potwierdzone są w Polisie.
3. Wysokość Składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie odpowiedniej taryfy obowiązującej w Towarzystwie w dniu wypełnienia Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, w zależności od wskazanych przez Ubezpieczającego:

- 1) długości Okresu ubezpieczenia wyrażonego w miesiącach,
- 2) kwoty kredytu wskazanej w Umowie kredytu na dzień zawarcia Umowy kredytu – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest zawierana przed uruchomieniem kredytu, albo
- 3) kwoty Zadłużenia pozostałego do spłaty na Dzień początku odpowiedzialności – w przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia jest zawierana po dniu uruchomienia kredytu.

§ 9. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. W przypadku Składki ubezpieczeniowej płatnej regularnie, Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacania Składki ubezpieczeniowej, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, na rachunek wskazany w Polisie, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty Składki ubezpieczeniowej płatnej jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia albo pierwszej Składki ubezpieczeniowej płatnej regularnie z częstotliwością miesięczną w wysokości wskazanej we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i potwierdzonej w Polisie przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa.

3. Dniem zapłaty Składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym kwota Składki ubezpieczeniowej została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.

4. Składka ubezpieczeniowa musi być opłacona wyłącznie w walucie polskiej.

§ 10. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. W przypadku opłacania Składki ubezpieczeniowej regularnie z częstotliwością miesięczną, w razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości należnej za dany okres do Dnia wymagalności Składki ubezpieczeniowej,



Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki ubezpieczeniowej w terminie dodatkowym 2 miesięcy, licząc od Dnia wymagalności zaległej Składki ubezpieczeniowej, podając skutki niezapłacenia Składki ubezpieczeniowej w tym terminie.

2. Jeżeli Składka ubezpieczeniowa nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem terminu dodatkowego, o którym mowa w ust. 1.

§ 11. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe – śmierć Ubezpieczonego – zaszło w następstwie lub spowodowane zostało, lub nastąpiło na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w: aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony tymczasowej, jeżeli to Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wskazanych w ust. 1 lub zaszło w następstwie, bądź nastąpiło w związku z:

1) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego własną prośbę, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,

2) chorobą lub zatruciem Ubezpieczonego spowodowanymi spożyciem alkoholu, użyciem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

3) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfingu, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych lub regatach żeglarskich,

4) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:

a) Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie,

czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, lub

b) nie wykonano badań z innych powodów,

a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

5) operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym, za wyjątkiem przypadków, gdy konieczność ich przeprowadzenia wynikała z Nieszczęśliwego wypadku,

6) leczeniem lub zabiegiem leczniczym lub diagnostycznym, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku,

7) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem wypadku, do którego doszło podczas lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

8) pełnienia służby wojskowej w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek innego państwa albo jakiegokolwiek organizacji międzynarodowej,

9) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy zawodowej, w której występują czynniki szkodliwe (wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje) lub czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe),

10) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy na wysokości powyżej 5 metrów, prac nad ziemią, prac pod wodą.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek/Wypadek komunikacyjny nie miał miejsca w Okresie ubezpieczenia lub zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w wyniku:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w: aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwa Ubezpieczonego, popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia umowy Ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,

4) samookaleczenia, okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,

5) choroby lub zatrucia się Ubezpieczonego, spowodowanymi spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

6) zawodowego, amatorskiego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, baloniarstwa, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

7) Pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej



łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:

a) Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających lub,

b) nie wykonano badań z innych powodów,

a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Nieszczęśliwego wypadku,

8) ataku konwulsji, drgawek, padaczki, omdlenia lub utraty przytomności przez Ubezpieczonego,

9) wypadku lotniczego, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

10) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu, chyba że prowadzenie przez Ubezpieczonego danego Pojazdu bez posiadanych uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

11) prowadzenia przez Ubezpieczonego Pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego, lub który nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu, lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym, lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu, chyba że brak aktualnego badania technicznego, lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania danego Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, jeżeli Całkowita trwała niezdolność Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby powstała w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, który nie miał miejsca w Okresie ubezpieczenia, albo zaszła w następstwie lub spowodowana została lub nastąpiła w wyniku:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w: aktach terroryzmu, rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego,

4) chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanymi spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

5) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych,

6) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych odpowiednimi przepisami uprawnień, chyba że brak wymaganych uprawnień nie miał wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego,

7) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej z użyciem sprzętu wspinaczkowego lub bez użycia, choć jego użycie było wymagane, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

8) uszkodzeń ciała spowodowanych leczeniem oraz zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o leczenie następstw Nieszczęśliwego wypadku,

9) pełnienia służby wojskowej w siłach zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej lub służby w siłach zbrojnych jakiegokolwiek innego państwa albo jakiegokolwiek organizacji międzynarodowej,

10) pełnienia służby wojskowej, służby w siłach specjalnych lub lotnictwie wojskowym,

11) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy na wysokości powyżej 5 metrów, prac pod ziemią, prac pod wodą,

12) wykonywania przez Ubezpieczonego pracy zawodowej, w której występują czynniki szkodliwe (wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje) lub czynniki niebezpieczne (broń palna, materiały wybuchowe),

13) uszkodzenia ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed dniem początku Okresu ubezpieczenia.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli Poważne zachorowanie:

1) miało miejsce w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała, które nastąpiło w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności,

2) było skutkiem Choroby, która:

a) została zdiagnozowana lub była leczona w okresie 5 lat przed Dniem początku odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego,

b) wystąpiła w okresie 6 miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności,

3) spowodowane było chorobą lub zatruciem się Ubezpieczonego spowodowanymi spożywaniem alkoholu, używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii.

6. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do spełnienia Świadczenia wyłącznie z tytułu jednego Poważnego zachorowania niezależnie od liczby Poważnych zachorowań, które wystąpiły u Ubezpieczonego.

7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zawału serca, jeżeli jest to drugi lub kolejny Zawał serca w życiu Ubezpieczonego.

8. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek powodujący Poważne zachorowanie:

1) zaszedł przed pierwszym Dniem początku odpowiedzialności, lub

2) zaszedł w następstwie lub spowodowany został, lub nastąpił w związku z Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających, substancji psychotropowych, nowych substancji psychoaktywnych lub środków zastępczych, w rozumieniu ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie



środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Nieszczęśliwego wypadku. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy:

- a) Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Nieszczęśliwego wypadku był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających lub,
 - b) nie wykonano badań z innych powodów,
- a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja urzędowa o spożyciu alkoholu, leków lub środków odurzających przez tę osobę, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Nieszczęśliwego wypadku.

§ 12. ODSĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli, najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego, będącego konsumentem, o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający, będący konsumentem, dowiedział się o tym prawie.

2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

4. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia, dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki ubezpieczeniowej, pomniejszonej o część Składki ubezpieczeniowej należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

5. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w ust. 4 powyżej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

6. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie.

7. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa.

8. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

9. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia, dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki ubezpieczeniowej, pomniejszonej o część Składki ubezpieczeniowej należnej za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

10. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w ust. 9 powyżej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 13. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym z dni:

- 1) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
- 2) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
- 3) z dniem oznaczonym jako Dzień końca odpowiedzialności – w związku z upływem Okresu ubezpieczenia na jaki Umowa ubezpieczenia została zawarta,
- 4) z ostatnim dniem terminu dodatkowego, o którym mowa w § 10 ust. 1 – w sytuacji, o której mowa w § 10 ust. 2 OWU,
- 5) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego – w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.
- 6) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Całkowitej trwałej niezdolności do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby w Okresie ubezpieczenia,
- 7) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania Ubezpieczonego.

§ 14. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Osoba uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o śmierci Ubezpieczonego oraz wystąpić z roszczeniem, składając w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny w Siedzibie Towarzystwa, na stronie internetowej Banku Spółdzielczego, z którym Kredytobiorca zawarł Umowę kredytu, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia z tytułu śmierci, 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 Towarzystwa oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci należy dołączyć:

- 1) kopię dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,
- 2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 3) dokument informujący o przyczynie zgonu Ubezpieczonego, np. kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon), bądź dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby



Prokuratury, prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone,

4) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu, pierwszej pomocy medycznej,

5) dane adresowe placówek medycznych, w których odpowiednio Ubezpieczony był leczony,

6) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy,

7) kopię Harmonogramu spłaty rat,

8) kopię Umowy kredytu.

4. Do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego poza dokumentami wskazanymi w ust. 3 należy dołączyć:

1) dokument dopuszczający Pojazd do ruchu bądź użytkowania, jeżeli w chwili Wypadku komunikacyjnego był kierowany przez Ubezpieczonego,

2) dokument potwierdzający aktualne badanie techniczne Pojazdu,

3) dokument uprawniający Ubezpieczonego do prowadzenia Pojazdu, jeżeli w chwili Wypadku komunikacyjnego był kierowany przez Ubezpieczonego.

5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

6. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę Świadczenia.

7. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

8. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe.

9. Jeżeli w terminach wskazanych w ust. 8 Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

2) Ubezpieczonego, w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami, i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłata bezsporną część Świadczenia.

10. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem,

2) Ubezpieczonego w przypadku, gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami, i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

11. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu,

osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia przez Towarzystwo ich zgodności z oryginałem.

12. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

13. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 11 powyżej,

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 11, informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 11, nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 11 powyżej.

14. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 11, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

15. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.

16. Każda z osób, uprawnionych do wypłaty Świadczenia, składa wniosek o wypłatę Świadczenia w swoim imieniu.

§ 15. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU CAŁKOWITEJ TRWAŁEJ NIEZDOLNOŚCI UBEZPIECZONEGO DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY

1. Świadczenie z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w § 14 OWU.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Całkowitej trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, Ubezpieczony powinien dołączyć:

1) wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,

2) dokumentację medyczną dotyczącą przyczyny powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy,

3) orzeczenie lub orzeczenia wydane wobec Ubezpieczonego po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, o niezdolności do pracy Ubezpieczonego na łączny okres dłuższy niż 5 lat w związku z uznaniem, iż według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, o ile zostało lub zostały wydane,

4) dokument potwierdzający, że Całkowita trwała niezdolność do pracy spowodowana była Nieszczęśliwym wypadkiem:

a) raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności Nieszczęśliwego wypadku, o ile takie czynności były prowadzone,

b) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pomocy medycznej,

5) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest leczony,



- 6) kopię Harmonogramu spłaty rat,
- 7) kopię Umowy kredytu,
- 8) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

§ 16. WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania Towarzystwo wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia na zasadach określonych w § 14 OWU.

2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania Ubezpieczony powinien dołączyć:

- 1) wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego,
- 2) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy,
- 3) kopię Harmonogramu spłaty rat,
- 4) kopię Umowy kredytu,
- 5) dokumenty informujące o Zdarzeniu ubezpieczeniowym:
 - a) dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest zarejestrowany, leczony,
 - b) w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania, następujące dokumenty potwierdzające jego wystąpienie:

	Poważne zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego zachorowania
a)	Całkowita utrata mowy	opinia lekarza laryngologa stwierdzająca Utratę mowy wraz z dokumentacją medyczną
b)	Całkowita utrata słuchu	opinia lekarza laryngologa stwierdzająca Utratę słuchu wraz z dokumentacją medyczną, w tym z badaniami audiometrycznymi
c)	Całkowita utrata wzroku	opinia lekarza okulisty stwierdzająca Utratę wzroku wraz z dokumentacją medyczną
d)	Łagodne guzy mózgu	opinia lekarza onkologa stwierdzająca diagnozę oraz dokumentacja medyczna, w tym wyniki badań histopatologicznych
e)	Niewydolność nerek	dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki
f)	Nowotwór złośliwy	opinię lekarza onkologa, stwierdzającą diagnozę Nowotworu złośliwego/Nowotworu in situ oraz dokumentację medyczną, w tym wyniki badań histopatologicznych
g)	Oparzenia	opinia lekarza specjalisty chirurga, zawierająca opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, stopień oparzenia oraz dokumentacja medyczna dotycząca zastosowanego leczenia
h)	Operacja aorty	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
i)	Przeszczep narządu	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
j)	Stwardnienie rozsiane	dwie niezależne opinie lekarzy neurologów potwierdzające diagnozę i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem, że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania oraz wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji
k)	Śpiączka	dokumentacja leczenia podtrzymującego życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, z diagnozą i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania deficytów neurologicznych
l)	Transfuzyjne zakażenie wirusem HIV	a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa, b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana, c) dokumenty potwierdzające że infekcja wirusem HIV została nabyta w trakcie transfuzji krwi, d) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające fakt wystąpienia zakażenia wirusem HIV podczas transfuzji krwi.
m)	Udar mózgu	dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych oraz wyniki tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub badania neuroobrazowego albo protokół badania sekcyjnego, w którym wskazano Udar mózgu jako przyczynę zgonu
n)	Wszczepienie zastawki serca	dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań
o)	Zabieg chirurgiczny pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass)	dokumentacja medyczna potwierdzająca przebycie operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań



	Poważne zachorowanie	Dokumenty potwierdzające wystąpienie Poważnego zachorowania
p)	Zawał serca	dokumentacja medyczna zawierająca opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej; elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas niewystępujących, zmian w zapisie elektrokardiograficznym charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego; wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium
r)	Zawodowe zakażenie wirusem HIV	a) dodatni wynik testu na obecność przeciwciał anti-HIV lub wynik innych badań potwierdzających obecność wirusa, b) opinię lekarza odpowiedniej specjalności, stwierdzającą, że jest to infekcja świeżo zdiagnozowana, c) prawomocne orzeczenie sądu potwierdzające wystąpienie zakażenia wirusem HIV podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

§ 17. REKLAMACJE I SKARGI

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia będącemu osobą fizyczną, jak również Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, będącemu osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej, przysługuje prawo do wniesienia Reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, obsługującej klientów.

3. Reklamacja może zostać złożona w formie:

1) pisemnej – za pośrednictwem poczty, kuriera lub pisma złożonego osobiście,

2) telefonicznie na numer telefonu +48 22 460 22 22,

3) ustnie do protokołu podczas wizyty w jednostce Towarzystwa obsługującej klientów – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną,

4) pocztą elektroniczną kierowaną na adres e-mail reklamacje@viennialife.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, będącego osobą fizyczną.

4. Towarzystwo udziela odpowiedzi na Reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w terminie określonym w poprzednim zdaniu, Towarzystwo poinformuje osobę wnoszącą Reklamację o przyczynach braku możliwości dotrzymania terminu, okolicznościach, które muszą zostać ustalone, przewidywanym terminie rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, jednak nie dłuższym niż 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

5. Odpowiedzi na Reklamacje jest udzielana w postaci papierowej lub:

1) w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych oraz uprawnionych z Umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi – za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 roku o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź może zostać dostarczona osobie składającej Reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek;

2) w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz Ubezpiezonego będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej – na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 punkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 roku o prawach konsumenta.

6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu oraz uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego, w szczególności w przypadku nieuwzględnienia roszczeń osoby

zgłaszającej Reklamację; niewykonania czynności wynikających z Reklamacji rozpatrzonej zgodnie z wolą osoby zgłaszającej Reklamację w terminie określonym w odpowiedzi na tę Reklamację.

7. Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpiezonego oraz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia będącego osobą fizyczną, spór z Towarzystwem może zostać poddany pozasądowemu postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego przeprowadzonemu przez Rzecznika Finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl>).

8. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia Reklamacji, zgodnie z powyższymi postanowieniami, przysługuje prawo złożenia skargi dotyczącej usług świadczonych przez Towarzystwo. Do skargi zastosowanie znajdują powyższe postanowienia dotyczące Reklamacji, z wyłączeniem postanowień dotyczących formy odpowiedzi na Reklamację. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli wolą skarżącego jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

9. Towarzystwo Informuje, że istnieje możliwość pozasądowego rozwiązywania sporów między konsumentami a przedsiębiorcami drogą elektroniczną za pośrednictwem platformy internetowej ODR Unii Europejskiej. Platforma ta umożliwia dochodzenie roszczeń wynikających z umów oferowanych przez Internet lub za pośrednictwem innych środków elektronicznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 roku w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE), zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Platforma znajduje się na stronie internetowej ec.europa.eu/consumers/odr/. Jednocześnie informujemy, że adres e-mail Towarzystwa to kontakt@viennialife.pl.

§ 18. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIEŃ I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 oraz, o ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z Umową ubezpieczenia, powinny być dokonywane na piśmie i wysłane listownie.

2. Za zgodą Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, oświadczenia i zawiadomienia



Towarzystwa w związku z Umową ubezpieczenia mogą być składane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, chyba że powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej stanowią inaczej.

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy, wskazanej w ust. 1-2 oraz zgody obu stron Umowy ubezpieczenia, pod rygorem nieważności.

4. Zmiany w Umowie ubezpieczenia są dokonywane w drodze negocjacji, w trybie ofertowym bądź w inny sposób przewidziany ogólnie obowiązującymi przepisami prawa i potwierdzane w formie pisemnej.

5. Jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony to różne osoby, do zmiany Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub uprawnionego do Świadczenia konieczna jest zgoda Ubezpieczonego.

6. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonemu wszelkich informacji o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo w sposób zapewniający Ubezpieczonemu możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

7. W stosunku do informacji i zawiadomień, które zgodnie z OWU będą ogłaszane w dzienniku ogólnopolskim lub na stronie internetowej Towarzystwa www.viennalife.pl, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego.

8. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia Agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 19. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Towarzystwo na stronie internetowej www.viennalife.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.

§ 20. POZOSTAŁE POSTANOWIENIA UMOWNE

1. Strony zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich miejsca zamieszkania, siedziby lub adresu oraz danych kontaktowych (nr telefonu, adres e-mail).

2. Ubezpieczający informuje Towarzystwo o zmianie danych osobowych i kontaktowych: swoich, Ubezpieczonego, Uposażonego, o ile Ubezpieczony nie dokonał odpowiedniego zgłoszenia w zakresie danych swoich, Uposażonego.

3. Prawem właściwym dla Umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

4. Na dzień wprowadzenia do obrotu niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,

2) Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

5. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

6. Towarzystwo nie świadczy ochrony, ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłaby Towarzystwo na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

7. Powództwo o roszczenia, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla adresu siedziby Towarzystwa), albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego (spadkobiercy Ubezpieczonego) lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia (spadkobiercy uprawnionego).

§ 21. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/08/2025 Zarządu Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group wchodzi w życie z dniem 15 sierpnia 2025 r.

Piotr Tański
Członek Zarządu

Konrad Kluska
Członek Zarządu