



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Szczególne warunki

ubezpieczenia „Program Ochronny na Życie – wariant Standard”

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia „Program Ochronny na Życie – wariant Standard” dla Klientów Getin Noble Bank S.A. (dalej: „SWU_Program Ochronny na Życie – wariant Standard”) regulują zasady, na jakich AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna obejmuje ochroną ubezpieczeniową Klientów Getin Noble Bank S.A.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w SWU_Program Ochronny na Życie – wariant Standard oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **Agent** – działający na podstawie przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. nr 124, poz. 1154, z późn. zm.) przedsiębiorcy, wykonujący działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z zakładem ubezpieczeń i wpisani do rejestru agentów ubezpieczeniowych (agent ubezpieczeniowy), w tym Getin Noble Bank S.A.;
- 2) **Deklaracja zgody** – dokument zawierający oświadczenie woli Klienta, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie SWU_Program Ochronny na Życie – wariant Standard oraz zgodę na Sumę ubezpieczenia, a także na pozostałe oświadczenia niezbędne do udzielenia przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej; Deklaracja zgody stanowi także potwierdzenie objęcia ochroną, pod warunkiem opłacenia Składki;
- 3) **Dzień objęcia ochroną ubezpieczeniową** – dzień następujący po dniu złożenia podpisanej Deklaracji zgody, pod warunkiem zapłaty Składki w wymaganej wysokości, ale nie wcześniej niż dzień uruchomienia Klientowi Kredytu;
- 4) **Dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio: śmierć – dzień zgonu Ubezpieczonego; Trwała i całkowita niezdolność do pracy – dzień wskazany w orzeczeniu przez lekarza orzecznika ZUS lub inny organ rentowy jako data początkowa Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub w przypadku gdy tej daty nie ustalono – data wskazana w orzeczeniu jako data istnienia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy; Hospitalizacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień Nieszczęśliwego wypadku skutującego pobytem Ubezpieczonego w szpitalu;
- 5) **Harmonogram płatności składek** – dokument stanowiący załącznik nr 1 do Deklaracji zgody, zawierający informacje o sumie ubezpieczenia, wysokości składki ubezpieczeniowej oraz terminie jej płatności w danym okresie ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) **Harmonogram spłaty kredytu** – dokument zawierający informacje o wysokości i terminach płatności rat Kredytu, aktualny na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) **Hospitalizacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony dokumentacją medyczną pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie minimum 14 dni, którego celem jest leczenie obrażeń ciała doznanych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku; okres pobytu w Szpitalu rozpoczyna się w dniu przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala, a kończy się w dniu wypisania ze Szpitala;
- 8) **Klient** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła Umowę kredytu;
- 9) **Kredyt** – kredyt konsumencki w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o kredycie konsumenckim (Dz.U. z 2011 r. nr 165, poz. 984, z późn. zm.), udzielany przez Getin Noble Bank S.A. na sfinansowanie potrzeb konsumpcyjnych Klienta, na spłatę zobowiązań lub na sfinansowanie zakupu towaru; kredyt może być ponadto, na wniosek Klienta, udzielony również na sfinansowanie kosztów i wydatków związanych z udzieleniem danego kredytu;
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagle zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała Ubezpieczonego, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych SWU_Program Ochronny na Życie – wariant Standard nie uważa się zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylenia Ubezpieczonego;
- 11) **Składka** – kwota, należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, płatna przez Ubezpieczającego;
- 12) **Suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Ubezpieczyciela na poszczególne ryzyka zgodnie z § 7;
- 13) **Szpital** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa kraju, na terytorium którego jest zlokalizowany, zakład opieki lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych; za Szpital nie uważa się ośrodka opieki społecznej, ośrodka dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień od alkoholu, narkotyków, leków i innych uzależnień, ośrodka sanatoryjnego, ośrodka wypoczynkowego, ośrodka uzdrowiskowego, a także szpitala, oddziału i ośrodka rehabilitacji oraz ośrodka, oddziału i pododdziału szpitalnego leczenia nerwicy;
- 14) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w przypadku uznania roszczenia, obliczana na podstawie Sumy ubezpieczenia;
- 15) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – niezdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód, orzeczona na okres powyżej 24 miesięcy, stwierdzona na podstawie pierwszorazowego orzeczenia lekarza orzecznika ZUS lub innego organu rentowego, od którego nie wniesiono sprzeciwu lub co do którego nie zgłoszono zarzutu wadliwości;
- 16) **Ubezpieczający** – ProEkspert Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie;
- 17) **Ubezpieczony** – Klient objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia;
- 18) **Ubezpieczyciel** – AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie;
- 19) **Umowa kredytu** – zawarta pomiędzy Getin Noble Bank S.A. a Klientem umowa, mająca za przedmiot udzielenie Kredytu;
- 20) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia nr UB/03/2015/BA zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 21) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci;
- 22) **Uprawniony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu ryzyk innych niż ryzyko śmierci; Uprawnionym jest Ubezpieczony;

- 23) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć, Trwała i całkowita niezdolność do pracy albo Hospitalizacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku, które miały miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego oraz jedno z następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych: Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy albo Hospitalizację w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem że:
 - 1) w zakresie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ochroną objęty jest wyłącznie Ubezpieczony, który nie jest niezdolny do pracy w rozumieniu przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach oraz który nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty z tytułu orzeczonej niezdolności do pracy na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach;
 - 2) w zakresie Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku ochroną objęty jest Ubezpieczony, który nie spełnia co najmniej jednego z warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową, w zakresie wymienionym w pkt 1) powyżej w dniu podpisania Deklaracji zgody, lub przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną w zakresie Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Klient, który spełnia łącznie następujące warunki:
 - 1) w dniu wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową ukończył 18. rok życia i w Dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową nie ukończył 75. roku życia (tj. objęcie ochroną jest możliwe do dnia poprzedzającego dzień 75. urodzin);
 - 2) maksymalna Suma ubezpieczenia z tytułu jednej Umowy kredytu, w związku z którą Klient zostanie objęty ochroną przez Ubezpieczyciela w ramach niniejszych SWU_Program Ochronny na Życie – wariant Standard nie może przekroczyć jednorazowo 300 000 zł (trzystu tysięcy złotych), a łączna Suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich Umów kredytu, w związku z którymi Ubezpieczony został objęty ochroną udzielaną przez Ubezpieczyciela oraz AXA Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. nie może przekroczyć 500 000 zł (pięciuset tysięcy złotych);
 - 3) na stałe zamieszkuje na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 4) złożył prawidłowo wypełnioną i podpisaną Deklarację zgody, w tym oświadczenie o stanie zdrowia.
2. W przypadku przekroczenia maksymalnej kwoty, wskazanej w ust. 1 pkt 2) niniejszego paragrafu powyżej, Ubezpieczyciel nie obejmuje ochroną ubezpieczeniową Klienta, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel dopuszcza objęcie ochroną ubezpieczeniową Klienta na kwotę przekraczającą Sumy ubezpieczenia określone w ust. 1 pkt 2). W takim przypadku, każdorazowo, wymagana jest indywidualna akceptacja Ubezpieczyciela.
4. W ramach jednej Umowy kredytu ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksymalnie dwóch Klientów.
5. W przypadku gdy w ramach jednej Umowy kredytu ochroną został objęty więcej niż jeden Klient, Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu.

Skutki podania nieprawdziwych informacji

§ 5

1. Ubezpieczony zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w Deklaracji zgody. Jeśli Ubezpieczony przystępuje do ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane.

W razie przyjęcia przez Ubezpieczyciela do Umowy ubezpieczenia Ubezpieczonego mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. W przypadku ujawnienia, że przed objęciem ochroną ubezpieczeniową podano wiadomości nieprawdziwe, a zwłaszcza zatajona została choroba Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel, w okresie pierwszych trzech lat od daty złożenia Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego, nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 6

1. Ochrona ubezpieczeniowa trwa od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem opłacenia Składki za danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem że ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku rozpoczyna się z dniem, w którym Ubezpieczony przestał spełniać którykolwiek z warunków objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy.
2. Ochrona ubezpieczeniowa trwa 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego paragrafu.
3. Z zastrzeżeniem § 7 ust. 2 ochrona ubezpieczeniowa będzie kontynuowana na zasadach obowiązujących w dniu złożenia podpisanej Deklaracji zgody, każdorazowo przez kolejne następujące po sobie 12-miesięczne okresy, ale nie dłużej niż do końca obowiązywania Umowy kredytu, pod warunkiem że Ubezpieczony:
 - 1) spełnia warunek określony w § 4 ust. 1 pkt 2), z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, oraz
 - 2) nie ukończył 75. roku życia, oraz
 - 3) opłacił Składkę za cały okres kontynuacji;
 - 4) wyraził wolę kontynuacji w Deklaracji zgody.
4. Ochrona ubezpieczeniowa nie będzie kontynuowana w przypadku braku spełnienia co najmniej jednego z warunków określonych w ust. 3 pkt 1)–3) powyżej. O fakcie niekontynuowania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony zostanie poinformowany pisemnie.
5. W przypadku dwóch Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu, gdy ochrona wobec danego Ubezpieczonego wygasła zgodnie z zapisami ust. 6, Suma ubezpieczenia pozostaje bez zmian w stosunku do Ubezpieczonego, wobec którego ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana na zasadach określonych w ust. 4.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa z upływem dnia, w którym nastąpiło przynajmniej jedno z poniższych zdarzeń:
 - 1) w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłacona Składka,
 - b) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - 2) w stosunku do danego Ubezpieczonego, z dniem zajścia wcześniej ze zdarzeń:
 - a) upływu okresu ubezpieczenia – z upływem danego dnia w miesiącu, w którym kończy się okres ubezpieczenia, liczony od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową albo od dnia rozpoczęcia kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) złożenia przez Ubezpieczonego rezygnacji z ubezpieczenia – z upływem dnia złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu, Agentowi lub Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia woli o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) wypłaty Świadczenia odpowiadającego 100% Sumy ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - d) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
 - e) w dniu odstąpienia przez Ubezpieczonego od Umowy kredytu,
 - f) z dniem ukończenia 76. roku życia przez Ubezpieczonego;
- 3) w stosunku do danego Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w zakresie Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku – z chwilą wypłaty szóstego Świadczenia z tego tytułu.

7. W przypadku gdy orzeczenie o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy zostanie wydane po upływie okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego po wydaniu tego orzeczenia, pod warunkiem że przyczyna zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej złożonej:
 - 1) w ciągu 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową – Ubezpieczającemu przysługuje zwrot wpłaconej Składki za danego Ubezpieczonego, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu (zwrot Składki w pełnej wysokości);
 - 2) po upływie 30 dni od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową – Ubezpieczającemu przysługuje zwrot części Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel nie będzie świadczył ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego, a Ubezpieczający dokona rozliczeń z Ubezpieczonym z tego tytułu (zwrot Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel nie będzie świadczył ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego).
9. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego pisemnego oświadczenia o rezygnacji zawierającego błędy lub braki uniemożliwiające jednoznaczną ocenę oświadczenia, Agent może skontaktować się z Ubezpieczonym celem wyjaśnienia treści oświadczenia. W takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem dnia, w którym Ubezpieczony złożył pierwotne pisemne oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia.
10. Oświadczenie woli o rezygnacji może zostać złożone bezpośrednio do Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela, lub za pośrednictwem Agenta. Za dzień złożenia oświadczenia woli o rezygnacji rozumie się odpowiednio dzień otrzymania przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela, lub Agenta pisemnego oświadczenia woli o rezygnacji.
11. W przypadku gdy w ramach jednej Umowy kredytu ochroną objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony i ochrona jednego z nich wygasa z przyczyn wskazanych w ust. 6 pkt 2) lit. b)–f), ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana w stosunku do drugiego Ubezpieczonego w ramach tej Umowy kredytu na dotychczasowych warunkach, z zastrzeżeniem § 7 ust. 3.
12. W przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu przed upływem okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana do końca okresu ubezpieczenia, za który została opłacona Składka.

Sumy ubezpieczenia / Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 7

Śmierć oraz Trwała i całkowita niezdolność do pracy

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, mających miejsce w pierwszym okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, wskazana jest w Deklaracji zgody i stanowi równowartość kwoty udzielonego Kredytu, ale nie więcej niż 300 000 zł (trzysta tysięcy złotych), z zastrzeżeniem ust. 4.
2. W przypadku kontynuacji ochrony ubezpieczeniowej na kolejne okresy Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci albo Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy liczona jest zgodnie ze wzorem:

$$SU = \text{Suma ubezpieczenia_początkowa} \cdot \left(1 - \frac{w}{\text{okres}}\right)$$

Suma ubezpieczenia_początkowa – suma ubezpieczenia obowiązująca w pierwszym okresie ochrony, wskazana w Deklaracji zgody;
w – numer każdego rozpoczętego kontynuowanego okresu ochrony, gdzie: $w = 1, \dots, \text{okres} - 1$;

okres – liczba lat trwania Kredytu, zgodnie z Umową kredytu, nie mniej niż 1 i nie więcej niż 12, przy czym liczba niepełnych lat jest zaokrąglona w górę do pełnych lat.

3. Suma ubezpieczenia jest dzielona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych w ramach Umowy kredytu, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5.
4. Wysokość Świadczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wynosi 100% Sumy ubezpieczenia.

5. Świadczenia z tytułu śmierci oraz Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy nie sumują się. Ubezpieczyciel wypłaci jedno świadczenie albo z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo z tytułu śmierci.

Hospitalizacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku

6. Suma ubezpieczenia z tytułu Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 18 000 zł (osiemnaście tysięcy złotych). Suma ubezpieczenia jest dzielona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych w ramach Umowy kredytu, z zastrzeżeniem § 4 ust. 5.
7. Z tytułu Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 (sześć) Świadczeń w wysokości określonej w ust. 8 poniżej, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
8. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku będzie równe kwocie najwcześniej wymaganej raty Kredytu, zgodnie z aktualnym na dzień wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego Harmonogramem spłaty kredytu, ale nie więcej niż 3000 zł (trzy tysiące złotych).
9. W przypadku nabycia prawa do Świadczenia po wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu, Świadczenie będzie równe racie Kredytu przypadającej do zapłaty w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z Harmonogramem spłaty Kredytu z dnia zawarcia Umowy kredytu, ale nie więcej niż 3000 zł (trzy tysiące złotych).
10. W przypadku gdy w ramach jednej Umowy kredytu ochroną został objęty więcej niż jeden Klient, wysokość należnego Świadczenia z tytułu Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostanie ustalona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych będących stroną Umowy kredytu w taki sposób, że na potrzeby wyliczenia Świadczenia kwota należnej raty zostanie podzielona przez liczbę Klientów będących stroną Umowy kredytu.
11. Pierwsze Świadczenie jest należne po upływie 14 dni ciągłej hospitalizacji Ubezpieczonego. Kolejne Świadczenia będą wypłacane po upływie kolejnych 30 dni ciągłej hospitalizacji Ubezpieczonego.
12. Jeżeli przed upływem 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu hospitalizacji Ubezpieczony będzie ponownie hospitalizowany z tej samej przyczyny, to hospitalizacja będzie traktowana jako kontynuacja Zdarzenia ubezpieczeniowego. W takim przypadku Ubezpieczyciel będzie wypłacał należne Świadczenia po upływie każdych kolejnych 30 dni nieprzerwanej hospitalizacji.
13. Jeżeli po upływie 180 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu hospitalizacji Ubezpieczony będzie ponownie hospitalizowany z tej samej przyczyny, to hospitalizacja będzie traktowana jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe. W takim przypadku Ubezpieczyciel będzie wypłacał Świadczenia zgodnie z zapisami ust. 11.

Składka

§ 8

1. Wysokość Składki za każdego Ubezpieczonego za pierwszy 12-miesięczny okres ubezpieczenia określona jest w Deklaracji zgody.
2. Wysokość Składki za każdego Ubezpieczonego za kolejne odnowione okresy ochrony określona jest w Harmonogramie płatności składek.
3. Składka za każdego Ubezpieczonego jest należna za każdy okres, w którym Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej i jest płatna z góry przez Ubezpieczającego.
4. Termin zapłaty Składki za każdego Ubezpieczonego za kolejne okresy kontynuacji ochrony wskazany jest w Harmonogramie płatności składek. Informacja o zbliżającym się terminie zapłaty składki będzie wysyłana przez Agenta do Ubezpieczonego na podany w Deklaracji zgody adres e-mail lub numer telefonu.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 9

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe jest następstwem:
 - 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;

- 2) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 3) choroby lub niepełnosprawności zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych w ciągu 24 miesięcy przed dniem złożenia Deklaracji zgody, o które Ubezpieczyciel zapytywał w Deklaracji zgody, i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) eksplozji atomowej lub napromieniowania;
- 5) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 6) alkoholizmu;
- 7) zażycia narkotyków lub innych środków odurzających oraz leków niezalecanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 8) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
- 9) usiłowania popełnienia lub popełnienia przestępstwa;
- 10) udziału Ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych w rajdach albo wyścigach, uprawianie (hobbistycznie lub zawodowo) walki wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywności fizyczne, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny geograficzne, dżungla, tereny lodowcowe;
- 11) udziału Ubezpieczonego w zawodach z użyciem statków powietrznych, w szczególności samolotów, spadochronów, lotni, paralotni, oraz z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi, nart wodnych;
- 12) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień lub dokumentu uprawniającego do kierowania i używania danego pojazdu lub pojazd ten nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
- 13) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.

Śmierć

2. Niezależnie od postanowień ust. 1, Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat liczonych od daty złożenia Deklaracji zgody.

Trwała i całkowita niezdolność do pracy

3. Niezależnie od postanowień ust. 1, Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności, gdy Trwała i całkowita niezdolność do pracy jest wynikiem:
 - 1) usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
 - 2) choroby AIDS lub zakażenia Ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 3) dysfunkcji psychicznych lub umysłowych, w tym nerwic.

Hospitalizacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku

4. Niezależnie od postanowień ust. 1, Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności, gdy obrażenia ciała, które są przyczyną hospitalizacji Ubezpieczonego, są następstwem usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.
5. W przypadku Hospitalizacji w wyniku nieszczęśliwego wypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli celem hospitalizacji jest:
 - 1) wykonanie Ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie są obrażenia ciała;
 - 2) wykonanie Ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) leczenie bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych.

Wypłata świadczenia

§ 10

1. Ubezpieczony, składając pisemne oświadczenie, może wskazać jedną lub więcej osób jako Uposażonych uprawnionych do otrzymania Świadczenia z tytułu jego śmierci.
2. W czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonych, składając pisemne oświadczenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego albo bezpośrednio u Ubezpieczyciela.
3. W przypadku wskazania więcej niż jednej osoby jako Uposażonych, Ubezpieczony może określić procentowy udział każdej z tych osób w Świadczeniu z dokładnością do 1%. W przypadku nieokreślenia procentowego udziału Uposażonych w Świadczeniu lub określenia udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych są równe. Uposażony nabywa prawo do otrzymania Świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, jego prawo przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do przypadających im procentowych udziałów w Świadczeniu. Za osobę, która zmarła przed śmiercią Ubezpieczonego, uważa się również osobę, która zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego przypada w kolejności:
 - 1) współmałżonkowi Ubezpieczonego;
 - 2) dzieciom w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka;
 - 3) rodzicom w równych częściach, w przypadku braku współmałżonka i dzieci;
 - 4) spadkobiercom w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym, w przypadku braku współmałżonka, dzieci i rodziców.
6. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia.
7. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do Świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
8. Bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 6.
9. Wszelkie wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Ubezpieczyciela w formie bezgotówkowej lub w formie przekazu pocztowego.
10. Podstawą do wypłaty Świadczenia są oryginały lub kopie dokumentów poświadczające za zgodność z oryginałem przez odpowiednio Ubezpieczającego, Agenta, notariusza, pracownika USC, pracownika Ubezpieczyciela bądź – w przypadku dokumentacji medycznej – pracownika danej placówki medycznej.

11. W przypadku złożenia kopii dokumentacji medycznej może ona być również poświadczona za zgodność z oryginałem przez pracownika przychodni, Szpitala lub innej placówki medycznej, w której Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym.

12. Rozpatrzenie roszczenia następuje na podstawie następujących dokumentów (oryginał lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem) w zależności od Zdarzenia ubezpieczeniowego:

1) śmierć:

- a) odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego,
- b) karty statystycznej do karty zgonu lub dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę śmierci,
- c) opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.),
- d) dokumentacji medycznej z przychodni, Szpitala lub placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym Zdarzeniem ubezpieczeniowym, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, obejmującej okres 2 lat przed złożeniem Deklaracji zgody i okres od Dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową do momentu zgłoszenia roszczenia,
- e) protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte (np. postanowienia prokuratury, wyroku sądu),
- f) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z Uprawnionych do otrzymania Świadczenia;

2) Trwała i całkowita niezdolność do pracy

- a) orzeczenia komisji lekarskiej ZUS lub innego organu rentowego o Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
- b) dokumentacji medycznej dotyczącej schorzenia będącego przyczyną Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy poświadczonej za zgodność z oryginałem (np. kopii wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Ubezpieczonego na komisję ZUS); w przypadku przedłożenia innych dokumentów, w postaci kopii kart informacyjnych z leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych, opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, Szpital itp.), konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie, protokołu opisującego okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), dokumentacji postępowania karnego, jeżeli takie zostało wszczęte,
- c) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z uprawnionych do otrzymania świadczenia;

3) Hospitalizacja w wyniku nieszczęśliwego wypadku

- a) karty informacyjnej leczenia szpitalnego,
- b) dokumentacji potwierdzającej Nieszczęśliwy wypadek w postaci protokołu powypadkowego (protokół BHP, protokół policyjny, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku), wraz z opisem okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- c) dowodu osobistego lub innego dokumentu tożsamości każdego z uprawnionych do otrzymania świadczenia

13. Jeżeli osoba uprawniona do otrzymania świadczenia nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby jest dodatkowo zobowiązany przedstawić:

- 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia;
- 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia.

14. Dokumenty sporządzone w języku obcym, przed złożeniem u Ubezpieczyciela muszą zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

15. Ubezpieczyciel jest uprawniony do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, a osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia na podstawie przepisów powszechnie obowiązującego prawa będzie uprawniona do uzyskania takich dokumentów.

16. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, mogą być złożone za pośrednictwem Ubezpieczającego, Agenta lub bezpośrednio do Ubezpieczyciela na poniższy adres:

AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

ul. Chłodna 51

00-867 Warszawa

Z dopiskiem: Bancassurance

17. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty Świadczeń powinny być kierowane do Ubezpieczyciela pod numery telefonu 22 555 05 06 lub 801 200 200 w dni robocze od poniedziałku do piątku.

Podstawowe obowiązki Ubezpieczającego

§ 11

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki za wszystkich Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielania Ubezpieczonemu informacji, pisemnie lub w inny ustalony z Ubezpieczonym sposób, o warunkach ochrony w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego, a także o zmianie warunków ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia, wraz z określeniem wpływu tych zmian na prawa i obowiązki Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do udostępniania Ubezpieczonemu formularzy oraz przyjmowania od Ubezpieczonego dokumentów związanych z Umową ubezpieczenia i przekazywania ich Ubezpieczycielowi.

Skargi i zażalenia

§ 12

1. W każdym przypadku Ubezpieczony lub Ubezpieczający oraz osoba uprawniona mogą wnosić skargi i zażalenia do Zarządu Ubezpieczyciela.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Ubezpieczyciela bezpośrednio lub przesyłane na piśmie na adres Ubezpieczyciela lub za pomocą elektronicznych kanałów komunikacji udostępnionych przez Ubezpieczyciela na adres: ubezpieczenia@axa.pl. Korespondencja powinna zawierać dane umożliwiające identyfikację osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie oraz przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia rozpatrywane są niezwłocznie, nie później niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Ubezpieczyciela. W przypadku gdy rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w powyższym 30-dniowym terminie, Ubezpieczyciel poinformuje o tym wnoszącego skargę lub zażalenie w powyższym terminie, a skarga lub zażalenie zostaną rozpatrzone najpóźniej w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie stało się możliwe ale nie później niż w terminie 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia zawiadamia się osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie, niezwłocznie po jej rozpatrzeniu, w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
5. Niezależnie od powyższego trybu organem uprawnionym do rozpatrywania skarg na działalność Ubezpieczyciela jest Rzecznik Ubezpieczonych, jak również miejski i powiatowy Rzecznik Konsumentów.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Informacja o przepisach podatkowych

§ 13

1. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie są wolne od podatku, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
3. Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Właściwość sądowa

§ 14

Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo przed sądem powszechnym właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

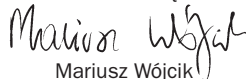
§ 15

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU_Program Ochronny na Życie – wariant Standard oraz Umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.

§ 16

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia „Program Ochronny na Życie – wariant Standard” dla Klientów Getin Noble Bank S.A. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 1/11/06/2015 z dnia 11 czerwca 2015 r. i obowiązują od dnia 11 czerwca 2015 r., i zostały zmienione uchwałą Zarządu nr 2/21/07/2016 z dnia 21 lipca 2016 r.

Członek Zarządu



Mariusz Wójcik

Członek Zarządu



Janusz Arczewski