

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
KREDYTOBIORCÓW
„UBEZPIECZENIE SPŁATY KREDYTU” NR 9980/6**

§1. Definicje

1. **Choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę.
2. **Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień, w którym Ubezpieczony zostaje objęty Ubezpieczeniem zgodnie z § 4 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
3. **Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia** – pisemna deklaracja składana przez Klienta wyrażającego wolę przystąpienia do Ubezpieczenia zawarta w treści Umowy kredytowej.
4. **Harmonogram** – pierwotny terminarz spłat rat kredytu sporządzony przez strony Umowy kredytowej w dniu jej zawarcia.
5. **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu służący zachowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia chorych, pod fachową opieką lekarską, poprzedzoną odpowiednią procedurą przyjęcia do Szpitala (polegającą na przeprowadzeniu wywiadu lekarskiego, poddaniu pacjenta badaniu lekarskiemu, a następnie skierowaniu go na odpowiedni oddział), a także wpisem do rejestru pacjentów. Hospitalizacją nie jest w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia pobyt w szpitalu w celach rehabilitacyjnych.
6. **Klient** – osoba fizyczna, która zawarła Umowę kredytową z Ubezpieczającym.
7. **Napaść** – każdy akt agresji skierowany przeciwko Ubezpieczonemu przez osobę trzecią, w tym napadnięcie na Ubezpieczonego przez osobę trzecią i wystąpienie zaczepne osoby trzeciej przeciwko Ubezpieczonemu, potwierdzone właściwym protokołem z Policji.
8. **Nieszczęśliwy wypadek** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy i spowodowało u Ubezpieczonego Uszkodzenie ciała.
9. **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – niezależne od woli Ubezpieczonego, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną przy udziale Pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, rezultatem którego jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego. Pod pojęciem nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego rozumie się także te wypadki, których rezultatem jest Uszkodzenie ciała Ubezpieczonego powstałe w czasie, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek Pojazd będący w ruchu.
10. **Pojazd** – urządzenie mechaniczne przeznaczone do transportu lądowego posiadające silnik oraz rowery i wszelkie inne urządzenia do transportu wodnego lub lotniczego.
11. **Składka** – kwota należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej na podstawie Umowy.
12. **Szpital** – działające zgodnie z prawem przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, którego zadaniem jest całodzienna lub całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych pomieszczeniach, posiadający odpowiednią infrastrukturę do przeprowadzania badań diagnostycznych oraz wykonywania zabiegów chirurgicznych, zatrudniający zawodowy, wykwalifikowany personel medyczny. Szpitalem nie jest dom opieki ani jakakolwiek inna placówka, której podstawowym statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień. Szpitalem nie są także ośrodki leczenia otwartego (np.: ambulatoria, przychodnie zdrowia, tzw. kliniki jednego dnia), zakłady leczenia uzdrowiskowego tj. sanatoria, prewentoria, szpitale uzdrowiskowe, oraz zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i zakłady rehabilitacyjne, a także oddziały rehabilitacyjne.
13. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Przemysłowa 26.
14. **Trwałe i całkowite inwalidztwo** – nieodwracalna i całkowita niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiejkolwiek

działalności gospodarczej i wykonywania jakiejkolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, powstała na skutek Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku.

15. **Ubezpieczający** – Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Strzegomska 42c.
16. **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu na podstawie niniejszej Umowy.
17. **Ubezpieczony** – Klient, który zgodnie z warunkami Umowy jest objęty Ubezpieczeniem.
18. **Umowa** – Umowa Grupowego Ubezpieczenia Na Życie Kredytobiorców „Ubezpieczenie spłaty Kredytu” zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.
19. **Umowa kredytowa** – umowa o kredyt na zakup towarów i usług zawierana pomiędzy Klientem i Ubezpieczającym.
20. **Uprawniony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczeń na wypadek śmierci, wynikających z Umowy, innych niż świadczenia należne Ubezpieczającemu. Jeśli Ubezpieczony nie wskaże takiej osoby, uprawnionym do otrzymania świadczeń będzie małżonek Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka świadczenia zostaną wypłacone dzieciom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka i dzieci świadczenia zostaną wypłacone rodzicom Ubezpieczonego. W przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców świadczenia te zostaną wypłacone Spadkobiercom Ubezpieczonego w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczonym.
21. **Uszkodzenie Ciała** – fizyczne obrażenie ciała Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego.
22. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – w zależności od zakresu Ubezpieczenia, określonego w § 2 ust. 3 i 4: śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek Choroby, Hospitalizacja Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, stwierdzenie Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, stwierdzenie Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

§2. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej

1. Przedmiotem Ubezpieczenia jest zdrowie i życie Ubezpieczonego.
2. Osoby przystępujące do Ubezpieczenia mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową w ramach 16 Grup ryzyk. Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia określa grupę ryzyk, w ramach której dany Klient objęty jest ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) grupy ryzyk 10 - 16 przeznaczone są dla osób, które spełniają łącznie poniższe warunki:
 - a) w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia mają ukończone 18 lat, a nie ukończone 65 lat,
 - b) w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia są zatrudnione na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony przynajmniej w połowie wymiaru czasu pracy lub na czas określony nie krótszy niż okres trwania Umowy kredytowej,
 - c) w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia nie nabyły prawa do emerytury lub renty,
 - d) okres kredytowania zgodnie z Harmonogramem wynosi co najmniej 4 miesiące;
 - 2) grupy ryzyk 1 – 9 - dla pozostałych osób – **ZAKRES UBEZPIECZENIA ZALEŻY OD WIEKU OSÓB PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UBEZPIECZENIA.**
 3. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla **OSÓB, KTÓRE W DNIU ZŁOŻENIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA MAJĄ UKOŃCZONE 18 LAT, A NIE UKOŃCZYŁY 69 LAT**, obejmuje:
 - A. Grupa ryzyk 1 – śmierć Ubezpieczonego, zgodnie z §6;
 - B. Grupa ryzyk 2 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §6, §7 ust.1, § 8;

- C. Grupa ryzyk 3 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z § 6, § 7 ust.1, § 8, §12;
- D. Grupa ryzyk 4 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust. 1, § 8, §12;
- E. Grupa ryzyk 5 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, § 9, § 12;
- F. Grupa ryzyk 6 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §12;
- G. Grupa ryzyk 7 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §12;
- H. Grupa ryzyk 8 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §11, §12;
- I. Grupa ryzyk 9 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §11, §12;
- J. Grupa ryzyk 10 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z § 6, § 7 ust.1, § 8;
- K. Grupa ryzyk 11 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §6, §7 ust. 1, § 8;
- L. Grupa ryzyk 12 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo, zgodnie z §6, §7 ust.1, § 9;
- M. Grupa ryzyk 13 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10;
- N. Grupa ryzyk 14 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10
- O. Grupa ryzyk 15 – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §11;

- P. Grupa ryzyk 16 - śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Hospitalizację Ubezpieczonego wskutek Choroby, zgodnie z §6, §7 ust.1, §9, §10, §11

4. Zakres Ubezpieczenia poszczególnych grup ryzyk dla **OSÓB, KTÓRE W DNIU ZŁOŻENIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA UKOŃCZYŁY 69 LAT, A NIE UKOŃCZYŁY 95 LAT**, obejmuje:

- A. Grupa ryzyk 1 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7 ust. 2 lit. a
- B. Grupa ryzyk 2 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z §7 ust. 2 lit. b
- C. Grupa ryzyk 3 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust. 2 lit. c, §12;
- D. Grupa ryzyk 4 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. d, §12;
- E. Grupa ryzyk 5 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. e, §12;
- F. Grupa ryzyk 6 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit f, §12;
- G. Grupa ryzyk 7 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. g, §12;
- H. Grupa ryzyk 8 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust. 2 lit. h, §12;
- I. Grupa ryzyk 9 - śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierć Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, zgodnie z §7 ust.2 lit. i, §12;

§3. Kwalifikacja

1. Klient może zostać objęty Ubezpieczeniem, jeżeli:
- ukończył 18 lat, ale nie ukończył 69 lat w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia- w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w §2 ust. 3,
 - ukończył 69 lat, ale nie ukończył 95 lat w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia - w przypadku ochrony ubezpieczeniowej, o której mowa w §2 ust. 4.
2. Uznaje się, że Klient kończy dany wiek pierwszego dnia miesiąca następującego po dacie urodzin. W przypadku, jeżeli data urodzin Klienta przypada pierwszego dnia miesiąca lub, gdy klient kończy 18 lat w miesiącu podpisania Umowy kredytowej, za datę ukończenia danego wieku uznaje się dzień urodzin.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęty Klient, który spełnia wymogi podane w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oraz podpisze Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia. Jeżeli Klient podpisał Deklarację przystąpienia do Ubezpieczenia mimo niespełnienia przez niego wymogów określonych w ust. 1, Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności.

§4. Data rozpoczęcia, okres trwania i zakończenie Ubezpieczenia

1. Datą rozpoczęcia Ubezpieczenia dla indywidualnego Klienta jest dzień następujący po dniu zawarcia Umowy kredytowej, której częścią jest Deklaracja przystąpienia do Ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki..
2. Okres indywidualnego Ubezpieczenia jest równy okresowi kredytowania, tj. od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1 niniejszego paragrafu do ostatecznego terminu spłaty Umowy kredytowej, o którym mowa w Harmonogramie.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do każdego Ubezpieczonego wygasa z chwilą wystąpienia najwcześniejszego ze wskazanych zdarzeń:
- upływu okresu, za który została opłacona Składka,

- śmierci Ubezpieczonego,
- stwierdzenia stanu Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego zgodnie z §8 lub §9,
- odstąpienia od Umowy kredytowej przez Ubezpieczonego,
- upływem okresu indywidualnego Ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej ustania ochrony ubezpieczeniowej na skutek dokonanej rezygnacji z ubezpieczenia, zgodnie z § 5.

§5. Rezygnacja z Ubezpieczenia

- Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Ubezpieczenia w każdym czasie trwania Ubezpieczenia.
- Podpisane przez siebie oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia Ubezpieczony składa w formie pisemnej Ubezpieczającemu na adres Santander Consumer Bank SA, ul. Strzegomska 42c, 53-611 Wrocław. Oświadczenie powinno zawierać: imię i nazwisko Ubezpieczonego, numer PESEL, numer umowy kredytowej oraz prośbę o rezygnację z objęcia Ubezpieczeniem nr 9980/6. Jeżeli Ubezpieczony przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia od następstw utraty pracy kredytobiorców „Ubezpieczenie Spłaty Kredytu” Nr ILOE/99806/09, oświadczenie o rezygnacji z Ubezpieczenia powinno obejmować także prośbę o rezygnację z objęcia Ubezpieczeniem nr ILOE/99806/09.
- W przypadku złożenia rezygnacji, ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca danego miesiąca ochrony, tj. do dnia wymagalności (włącznie) najbliższej raty kredytowej, zgodnie z Harmonogramem, przypadającej po dniu, w którym wpłynął do Ubezpieczającego wniosek o rezygnację.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczającemu przysługują zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli jednak rezygnacja nastąpi w terminie 30 dni od podpisania umowy kredytowej (odstąpienie), zwrot składki przysługuje w pełnej wysokości, pod warunkiem, że Ubezpieczony nie skorzystał ze świadczeń w ramach ochrony ubezpieczeniowej.
- Zwrot Składki nastąpi w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§6. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy Wypadek

- Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 2 poniżej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia z przyczyny innej niż Nieszczęśliwy wypadek, to świadczenie równe *Sumie ubezpieczenia* określonej w §13 ust.1, jest wypłacane Ubezpieczającemu.
- Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit a), nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie o którym mowa w ust. 1 wypłacane jest w całości Uprawnionemu.

§7. Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

- Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. a), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie, równe jest podwójonej Sumie ubezpieczenia (200%) określonej w §13 ust.1 i jest wypłacane w równych częściach:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu.
- Z zastrzeżeniem postanowień wynikających z ust. 3 poniżej, w razie śmierci Ubezpieczonego określonego w §3 ust. 1 lit. b), na skutek Nieszczęśliwego wypadku, należne świadczenie równe jest:
 - w przypadku Grupy ryzyk 1 - 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust.1 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
 - w przypadku Grupy ryzyk 2 - 150% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 50% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu.
 - w przypadku Grupy ryzyk 3 - 100% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest Ubezpieczającemu
 - w przypadku Grupy ryzyk 4 - 150% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest:

- 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 50% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu.
- w przypadku Grupy ryzyk 5 - 200% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu.
 - w przypadku Grupy ryzyk 6 - 250% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 150% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu.
 - w przypadku Grupy ryzyk 7 - 300% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 200% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu.
 - w przypadku Grupy ryzyk 8 - 350% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 250% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu.
 - w przypadku Grupy ryzyk 9 - 400% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1 i wypłacane jest:
 - 100% Sumy ubezpieczenia - Ubezpieczającemu,
 - 300% Sumy ubezpieczenia - Uprawnionemu..
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w trakcie okresu ubezpieczenia po wcześniejszym zakończeniu Umowy kredytowej, to świadczenie o którym mowa w ust. 1 i ust.2 wypłacane jest w całości Uprawnionemu.

§8. Świadczenie z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku

- W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo, Trwałego i całkowitego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), należne świadczenie wypłacane zostanie Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - w przypadku Grupy ryzyk 2, 4 i 11 - Sumie ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1,
 - w przypadku Grupy ryzyk 3 i 10 - 75% Sumy ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1.
- Od daty Nieszczęśliwego Wypadku powodującego Trwałe i całkowite inwalidztwo do czasu uznania jej za trwałe musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwałe i całkowite inwalidztwo zostaje stwierdzone natychmiast i wyżej wymieniony okres 6 miesięcy nie obowiązuje.

§9. Świadczenie z tytułu Trwałego i całkowitego inwalidztwa

- W przypadku stwierdzenia przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub Towarzystwo, Trwałego i całkowitego inwalidztwa u Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a), należne świadczenie wypłacane zostanie Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - w przypadku Grupy ryzyk 5-9 i 12-16 - Sumie ubezpieczenia określonej w §13 ust. 1.
- Od daty Nieszczęśliwego Wypadku lub rozpoczęcia Choroby powodującej Trwałe i całkowite inwalidztwo do czasu uznania je za trwałe musi upłynąć przynajmniej 6 miesięcy, jednak w przypadku utraty wzroku w obu oczach lub utraty co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek, lub wcześniejszego orzeczenia ZUS, Trwałe i całkowite inwalidztwo zostaje stwierdzone natychmiast i wyżej wymieniony okres 6 miesięcy nie obowiązuje.

§10. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego wypadku

- W razie Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a) należne miesięczne świadczenie, zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - w przypadku Grupy ryzyka 6 i 13 - 100% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem

- b. w przypadku Grupy ryzyk 7-9 i 14-16 – 200% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
- 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Uszkodzenia Ciała, które powstało po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i
 - 2) Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji nieprzerwanie przez co najmniej 30 kolejnych dni kalendarzowych,
 - 3) Uszkodzenie ciała, w wyniku którego Ubezpieczony podlega Hospitalizacji są bezpośrednim skutkiem Nieszczęśliwego wypadku.
3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Nieszczęśliwego wypadku płatne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego trwania Hospitalizacji z zastrzeżeniem zapisów §13
4. Maksymalny okres wypłaty świadczenia z tytułu Hospitalizacji dla każdego Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 180 dni kalendarzowych.
5. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12

§11. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego na skutek Choroby

1. W razie Hospitalizacji na skutek Choroby Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 ust. 1 lit. a) należne miesięczne świadczenie zostanie wypłacone Ubezpieczonemu w wysokości odpowiadającej:
 - a. w przypadku Grupy ryzyk 8 i 15 – 100% miesięcznej raty kredytu zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
 - b. w przypadku Grupy ryzyk 9 i 16 – 200% miesięcznej raty zgodnie z pierwotnym Harmonogramem
2. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby zostanie wypłacone pod warunkiem, że:
 - 1) Hospitalizacja nastąpiła w wyniku Choroby, która powstała po raz pierwszy w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa i Ubezpieczony podlegał Hospitalizacji nieprzerwanie przez co najmniej 30 kolejnych dni kalendarzowych.
3. Świadczenie z tytułu Hospitalizacji na skutek Choroby płatne jest od 1 dnia za każde pełne 30 dni kalendarzowych nieprzerwanego trwania Hospitalizacji z zastrzeżeniem §13.
4. Maksymalny okres, za który wypłacone zostanie świadczenie z tytułu Hospitalizacji dla każdej Choroby nie może przekroczyć 180 dni kalendarzowych.
5. Następujące po sobie okresy Hospitalizacji spowodowane tymi samymi przyczynami będą uznawane za spowodowane tą samą Chorobą, chyba że okres przerwy między Hospitalizacjami będzie dłuższy niż 12 miesięcy.

§12. Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego

1. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego, o którym mowa w §3 pkt 1 lit. a) objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 – 9 oraz w §3 pkt 1 b) objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Grup ryzyk 3 – 9 na skutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego nastąpi w trakcie okresu Ubezpieczenia, zarówno w trakcie trwania umowy kredytowej jak i po jej wcześniejszym zakończeniu, należne świadczenie, w wysokości 100% *Sumy ubezpieczenia* określonej w §13 ust. 1, wypłacane jest Uprawnionemu,
2. Świadczenie jest wypłacane niezależnie od innych świadczeń przewidzianych Umową, jeżeli łącznie:
 - a) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni kalendarzowych od daty wyżej wymienionego wypadku i
 - b) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego było Uszkodzenie ciała.

§13. Suma ubezpieczenia

1. *Suma ubezpieczenia* z tytułu śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz Trwałego i całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz Trwałego

całkowitego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, równa jest sumie:

- a. kwoty kapitału wynikającej z Harmonogramu, obliczanej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej w dniu lub po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, oraz
 - b. kwoty odsetek będących częścią raty kapitałowo-odsetkowej, wynikającej z Harmonogramu, obowiązującej na dzień wymagalności najbliższej raty (wg Harmonogramu) przypadającej w dniu lub po dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. *Suma ubezpieczenia* na wypadek Hospitalizacji wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby odpowiada sumie miesięcznych rat kredytu przypadających na okres Hospitalizacji.
 3. Maksymalna kwota kredytu na potrzeby obliczania *Sumy ubezpieczenia* nie może przekroczyć 100.000,00 (słownie: stu tysięcy) złotych.

§14. Wskazanie lub zmiana osoby uprawnionej

1. Ubezpieczony ma prawo do wskazania oraz zmiany Uprawnionego do otrzymania świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 2, § 7, § 12 w części innej niż część należąca Ubezpieczającemu, przez złożenie pisemnego wniosku do Towarzystwa.
2. W celu wskazania lub zmiany Uprawnionego do otrzymania świadczenia należy podać następujące informacje:
 - nr Umowy kredytowej,
 - imię i nazwisko Ubezpieczonego,
 - nr polisy grupowej 9980/6,
 - imię i nazwisko lub firmę Uprawnionego,
 - data urodzenia (dla osoby fizycznej) lub numer w Krajowym Rejestrze Sądowym (dla osoby prawnej) Uprawnionego,
 - adres do korespondencji osoby uprawnionej,
 - PESEL (dla osoby fizycznej).

W przypadku podania niepełnych danych, o których mowa w ust. 2, uniemożliwiających weryfikację tożsamości Uprawnionego, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z zasadami określonymi w § 1 ust. 19 niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§15. Opłacanie Składek

1. Składkę ustala Towarzystwo z uwzględnieniem rodzaju oraz wysokości udzielanej ochrony ubezpieczeniowej w tym Grupy ryzyk, o których mowa w § 2, okresu ubezpieczenia, poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, w tym struktury demograficznej grupy Ubezpieczonych oraz opłat i kosztów zawarcia i obsługi Umowy..
2. Składki płatne są w złotych polskich z góry za cały okres ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
3. Wysokość Składki z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego jest określona w Umowie kredytowej.
4. Składka płatna jest przez Ubezpieczającego.

§16. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

1. Niniejsze Ubezpieczenie nie obejmuje Zdarzeń ubezpieczeniowych powstałych z poniższych czynników:
 - 1) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności, jeżeli samobójstwo nastąpiło przed upływem dwóch lat od dnia złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - 2) samookaleczenia Ubezpieczonego popełnionego niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 3) Choroby lub niepełnosprawności Ubezpieczonego zdiagnozowanych w ciągu 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia Ubezpieczenia i będących przyczyną wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego Ubezpieczeniem w ciągu pierwszych 3 miesięcy od daty rozpoczęcia Ubezpieczenia,
 - 4) wojny, działań zbrojnych, przewrotu, strajku, zamieszek, rebelii, aktów terroryzmu lub promieniowania radioaktywnego,
 - 5) Napaści dokonanej przez Ubezpieczonego lub usiłowania przez Ubezpieczonego dokonania Napaści oraz popełnienia lub próby popełnienia umyślnego przestępstwa przez Ubezpieczonego oraz udział Ubezpieczonego w dowolnym umyślnym działaniu przestępczym stwierdzonych prawomocnym wyrokiem Sądu,

- 6) przewlekłego alkoholizmu, nadużywania alkoholu, nadużywania lub uzależnienia od narkotyków, leków innych niż zażywane na zalecenie lekarza, a także przebywania pod wpływem wyżej wymienionych czynników w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 7) choroby wywołanej zakażeniem wirusem HIV.
2. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego było związane z:
 - 1) nieudaną próbą samobójstwa Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności, popełnioną przed upływem 2 lat od daty złożenia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczenia,
 - 2) chorobami psychicznymi i zaburzeniami nerwowymi,
 - 3) niezdolnością do pracy spowodowaną wszystkimi dolegliwościami subiektywnymi nie udokumentowanymi wynikami badań laboratoryjnych, mikrobiologicznych, biochemicznych.
 3. Dodatkowo świadczenie z tytułu Umowy nie zostanie wypłacone, jeżeli Hospitalizacja Ubezpieczonego była związana z:
 - 1) bólami pleców, krzyża i schorzeniami powiązanyymi, chyba, że istnieją wyniki badań potwierdzające powyższe schorzenia,
 - 2) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 3) chirurgią plastyczną lub kosmetyczną, z wyłączeniem likwidacji skutków Nieszczęśliwych wypadków objętych niniejszą Umową,
 - 4) wykonywaniem rutynowego badania lekarskiego i innych badań kontrolnych, gdy nie ma żadnych obiektywnych oznak upośledzenia stanu zdrowia oraz diagnostyki laboratoryjnej lub badań rentgenowskich, z wyłączeniem badań przeprowadzonych w przebiegu Choroby rozpoznanej w wyniku wcześniejszych badań lekarskich,
 - 5) wszelkimi Chorobami nerwowymi i umysłowymi, kuracją wypoczynkową lub rehabilitacyjną lub leczeniem skutków spożycia alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych jeżeli nie zostały zlecone przez lekarza odpowiedniej specjalizacji w ramach leczenia,
 - 6) jakąkolwiek opieką, bądź leczeniem w ośrodku zdrowia, ośrodku lecznictwa otwartego lub w ośrodku rehabilitacji.

§17. Roszczenia

W procesie rozpatrywania roszczeń wszystkie wymagane dokumenty powinny być przekazywane w formie oryginału albo kopii poświadczonych notarialnie lub przez Ubezpieczającego.

1. Śmierć Ubezpieczonego

W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający powinien zostać powiadomiony pisemnie bądź bezpośrednio poprzez wizytę w Oddziale Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego w celu uzyskania informacji i dokumentów niezbędnych do zgłoszenia roszczenia. Ubezpieczający na wniosek osoby zgłaszającej roszczenie przesyła pocztą na wskazany adres dokumenty niezbędne do zgłoszenia roszczenia tj. *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego (dokumentacja zgonu)*, który po uzupełnieniu wraz z:

- 1) odpisem skróconym aktu zgonu Ubezpieczonego,
- 2) statystyczną kartą zgonu lub innym niż wskazany w niniejszym ustępie dokumentem medycznym potwierdzającym przyczynę zgonu (w przypadku braku wypełnionego formularza przez lekarza),
- 3) kopią protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury, sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile taka sprawa jest prowadzona,
- 4) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy zostają odesłane na adres Ubezpieczającego.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

2. Śmierć Ubezpieczonego - roszczenia do 5.000 zł

W przypadku, gdy przesłanie dokumentów, o których mowa w ust. 1 jest niemożliwe, a zgłaszane roszczenie dotyczy zgonu Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończył 69 lat i należne świadczenie nie przekracza 5.000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych), Towarzystwo rozpatruje roszczenie na podstawie dokonanej zgłoszenia roszczenia oraz przesłanego skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego.

Zasada wyrażona powyżej znajdzie zastosowanie jedynie dla przypadków, gdy zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie trzech miesięcy od daty objęcia go ochroną ubezpieczeniową.

3. Trwałe i całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w Oddziale Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularz: *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego – (dokumentacja całkowitego i trwałego inwalidztwa)*, który po wypełnieniu wraz z:

- 1) orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej i Trwałej niezdolności do pracy, o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w jego posiadaniu,
- 2) kopią dowodu aktywności zawodowej Ubezpieczonego w dniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, które spowodowało Trwałą niezdolność do pracy,
- 3) kopią dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę niezdolności do pracy,
- 4) kopią protokołu powypadkowego z Policji, prokuratury, sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podanie nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile sprawa taka jest prowadzona
- 5) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w pracy,

zostają przekazane Ubezpieczającemu.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

4. Hospitalizacja wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby Ubezpieczonego

W przypadku zgłoszenia roszczenia pisemnie, bezpośrednio poprzez wizytę w Oddziale Ubezpieczającego lub telefonicznie na numer infolinii Ubezpieczającego, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu formularz: *Wniosek o wypłatę świadczenia w ramach ubezpieczenia grupowego – (dokumentacja hospitalizacji)*, który po wypełnieniu wraz z:

- 1) kopią dokumentacji medycznej Ubezpieczonego;
- 2) kartą leczenia szpitalnego lub innym niż wskazany w niniejszym ustępie dokumentem potwierdzającym Hospitalizację Ubezpieczonego;
- 3) kopią protokołu powypadkowego z Policji, Prokuratury, Sądu o ile osoba zgłaszająca roszczenie jest w ich posiadaniu lub podaniem nazwy i adresu placówki prowadzącej sprawę, gdy zdarzenie miało miejsce na skutek Nieszczęśliwego wypadku, o ile sprawa taka jest prowadzona
- 4) kopią protokołu powypadkowego sporządzonego przez pracodawcę, gdy zdarzenie miało miejsce w pracy,

zostają przekazane Ubezpieczającemu.

Ubezpieczający po otrzymaniu dokumentów dotyczących Ubezpieczonego przekazuje je Towarzystwu.

5. Badanie medyczne

W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- weryfikacji dostarczonych dokumentów medycznych, w szczególności dokumentacji medycznej potwierdzającej orzeczenie ZUS,
- przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia zasadności roszczenia i zgodności z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tej weryfikacji i badań.

6. Dodatkowe informacje

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego poza granicami Polski wymagane jest przedstawienie kopii dokumentacji medycznej przetłumaczonej przez tłumacza przysięgłego na język polski.
2. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
3. Jeżeli Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca roszczenie nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może, po wcześniejszym wezwaniu Ubezpieczonego/Uprawnionego/Ubezpieczającego do uzupełnienia dokumentów w wyznaczonym terminie i po bezskutecznym upływie

wyznaczonego terminu, odmówić wypłaty świadczenia w całości lub części.

4. W uzasadnionych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do Policji, Prokuratury, Sądu, a także placówek medycznych i innych właściwych instytucji i osób o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.

7. Wypłata świadczenia

1. Towarzystwo jest zobowiązane spełnić świadczenie w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie określonym w ust. 1 powyżej.

§18. Skargi i zażalenia

1. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z wykonywania Umowy winny być przesyłane na piśmie do Towarzystwa, faksem lub elektronicznie na adres email wskazany przez Towarzystwo. W celu umożliwienia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, składający skargę lub zażalenie powinni przedkazać je do Towarzystwa niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenie. Towarzystwo w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia wyśle do osoby skarżącej odpowiedź na skargę lub zażalenie, a w przypadku braku możliwości dotrzymania wspomnianego terminu, poinformuje osobę skarżącą o przyczynach opóźnienia i wskaże przewidywany termin udzielenia odpowiedzi na skargę lub zażalenie.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub ich następcy prawni mogą zwrócić się o udzielenie pomocy do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§19. Podatki

Wszelkie podatki związane z Umową winny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych OWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych tj. ustawą z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2010 r. Nr 51 poz. 307 j.t. z późn. zm.) i ustawą z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 74, poz.397 j.t.).

§20. Właściwe sądy

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uprawnionymi lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uprawnionego lub ich następców prawnych albo przez sąd właściwości ogólnej.

§ 21. Prawo właściwe

Prawem właściwym dla Umowy jest prawo polskie.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzą w życie z dniem 20.11.2012 roku.