

WARUNKI UBEZPIECZENIA POSIADACZY RACHUNKÓW OSZCZĘDNOŚCIOWO-ROZLICZENIOWYCH

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze „Warunki ubezpieczenia Posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych” (zwane dalej - **Warunkami ubezpieczenia lub WU**) regulują zasady, na jakich Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej Klientom Banku, zawierającym z Bankiem Umowę rachunku.

DEFINICJE

§ 2

Ileokroć poniżej używa się następujących pojęć, oznaczają one:

- CHOROBA** – schorzenie, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza;
- CHOROBA PRZEWLEKŁA** – choroby, które posiadają przynajmniej jedną z następujących cech: są trwałe, pozostawiają po sobie inwalidztwo, są spowodowane przez nieodwracalne zmiany patologiczne, wymagają specjalnego postępowania rehabilitacyjnego, długiego nadzoru, obserwacji lub opieki;
- CYKL ROZLICZENIOWY** – okres rozpoczynający się w dniu następnym po Dniu rozliczeniowym danego miesiąca kalendarzowego, a kończący się w Dniu rozliczeniowym kolejnego miesiąca kalendarzowego;
- DEKLARACJA UBEZPIECZENIOWA** – oświadczenie woli złożone przez Ubezpieczonego w formach przyjętych w stosunkach pomiędzy Ubezpieczającym a jego klientami, to jest: pisemnie, telefonicznie, przez internet lub za pośrednictwem każdego innego akceptowanego przez Ubezpieczającego kanału komunikacji (nośnika informacji) zapewniającego jednocześnie identyfikację osoby składającej to oświadczenie oraz datę złożenia oświadczenia, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie UMOWY;
- DZIEŃ ROBOCZY** - dni inne niż soboty oraz dni ustawowo wolne od pracy;
- DZIEŃ ROZLICZENIOWY** – każdy pierwszy dzień danego miesiąca kalendarzowego (w przypadku gdy dzień ten jest dniem ustawowo wolnym od pracy jest to pierwszy Dzień roboczy po tym dniu), w którym, w danym miesiącu kalendarzowym, pobierane są z Rachunku należne Ubezpieczającemu na ten dzień opłaty i prowizje;
- DZIEŃ ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**:
 - Poważnego zachorowania**:
Daty wskazane w dokumentacji medycznej związanej z Poważnym zachorowaniem odpowiednio:
 - w przypadku choroby – dzień zdiagnozowania choroby,
 - w przypadku zabiegu – dzień przeprowadzenia zabiegu medycznego,
 - Hospitalizacji** – pierwszy dzień pobytu w szpitalu;
- HOSPITALIZACJA** – pobyt Ubezpieczonego w szpitalu z powodu Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku;
- MIESIĘCZNE OPŁATY EKSPLOATACYJNE** – należności związane z użytkowaniem domu/lokalu mieszkalnego, do których pokrywania zobowiązany jest Ubezpieczony, jako właściciel nieruchomości albo jako członek spółdzielni mieszkaniowej posiadający spółdzielcze lokatorskie prawo do lokalu albo spółdzielcze własnościowe prawo do lokalu lub jako najemca (z wyłączeniem wszelkich form najmu lokalu domu/lokalu mieszkalnego na zasadach komercyjnych lub grzeźnościowych), tj.: czynsz, prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci;
- NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK** – nagle i niezależnie od woli Ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależnie od jakiegokolwiek choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego, szczególnie takimi, jak: zawał, krwotok, udar mózgu. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela obejmuje skutki NW powstałych w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela na całym świecie w okresie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień WU;
- ORZECZENIE** – prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę, właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 24 miesięcy;
- POSIADACZ RACHUNKU (dalej: POSIADACZ)** – osoba fizyczna o pełnej zdolności do czynności prawnych, która zawarła z Ubezpieczającym Umowę rachunku; ileokroć w WU jest mowa o Posiadaczu, należy przez to też rozumieć Współposiadacza Rachunku (dalej: Współposiadacza), chyba że ze szczególnego zapisu wynika coś innego;
- POWAŻNE ZACHOROWANIE** – za poważne zachorowanie uważa się jedną ze zdefiniowanych poniżej chorób:
 - Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, nowe zmiany w zapisie EKG oraz podwyższony poziom enzymów sercowych. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie;
 - Udar mózgu** – nagłe wystąpienie objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, spowodowane zaburzeniami krążenia mózgowego, będącymi wynikiem zawału tkanki mózgowej, wylewu wewnątrzczaszkowego lub zatoru w naczyniach mózgowych pochodzącym spoza czaszki, powodujące trwałe uszkodzenie neurologiczne; istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu; nie uznaje się za udar mózgu objawów mózgowych związanych z migreną, uszkodzeń mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzeń naczyniowych prowadzących do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego, a także chorób niedokrwiniowych układu przedsionkowego;
 - Niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie dializoterapii lub przeszczepu nerki;
 - Zabiegi chirurgiczne na naczyniach wieńcowych** – dokonana przez kardiochirurga operacja (ang. bypass) wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcyjnego zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych, z wyłączeniem technik niechirurgicznych, takich jak angioplastyka przezskórną, terapia laserowa lub inne metody leczenia nieoperacyjnego;
 - Angioplastyka tętnic wieńcowych** – zabieg, polegający na udrożnieniu, przy użyciu przezskórnej angioplastyki, terapii laserowej lub innych metod leczenia nieoperacyjnego, zwężonej lub nawet zupełnie zamkniętej tętnicy wieńcowej bez konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego wymagającego mniejszego lub większego cięcia klatki piersiowej.
- PRZYSTĄPIENIE DO UBEZPIECZENIA** – dzień złożenia Deklaracji ubezpieczeniowej;

- RACHUNEK** – rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy, prowadzony w złotych;
- REKREACYJNE UPRAWIANIE SPORTU O WYSOKIM STOPNIU RYZYKA** – niezawodowe i niewyczynowe uprawianie sportu, takiego jak: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakerstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing;
- SZPITAL** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie właściwych przepisów, publiczny lub niepubliczny zakład lecznictwa zamkniętego, przeznaczony dla chorych wymagających opieki leczniczej, zabiegów operacyjnych lub zabiegów diagnostycznych, zapewniający chorym całodobową opiekę średniego i wyższego personelu medycznego. Definicja szpitala nie obejmuje ośrodków opieki społecznej, ośrodków dla psychicznie chorych, hospicjów onkologicznych, ośrodków rekonescencji alkoholicyzmu, rehabilitacyjnych lub sanatoryjnych, ośrodków leczenia uzależnień: od leków, narkotyków czy alkoholu;
- ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE** – świadczenie pieniężne wypłacane Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- UBEZPIECZAJĄCY** – GETIN Bank Spółka Akcyjna (zwany dalej Bankiem);
- UBEZPIECZENIOWY** – Posiadacz, objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w UMOWIE;
- UBEZPIECZYCIEL** – Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA Spółka Akcyjna;
- UMOWA** – „Umowa grupowego ubezpieczenia posiadaczy rachunków oszczędnościowo-rozliczeniowych GETIN BANKU SA” zawarta pomiędzy TU EUROPA SA a GETIN Bankiem SA;
- UMOWA RACHUNKU** – zawarta pomiędzy osobą fizyczną i Bankiem umowa określająca zakres usług świadczonych przez Bank w ramach Rachunku;
- WYCZYNOWE UPRAWIANIE SPORTU** – niezawodowe uprawianie sportu w ramach sekcji lub klubów sportowych z jednoczesnym uczestnictwem w zawodach, wyścigach, występach lub treningach sportowych;
- ZAWODOWE UPRAWIANIE SPORTU** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE** – zajście w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zdarzenia w postaci Poważnego zachorowania i/lub Hospitalizacji Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

- Przedmiotem ubezpieczenia jest, w zależności od wybranego i wskazanego przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, zakresu ubezpieczenia:
 - ryzyko Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, i/lub
 - ryzyko Hospitalizacji Ubezpieczonego.
- Ubezpieczyciel w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zobowiązany jest do realizacji Świadczeń ubezpieczeniowych wynikających z WU, z zastrzeżeniem odpowiednich ich postanowień.

OKRES UBEZPIECZENIA I OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

Okres ubezpieczenia

§ 4

- Pierwszy okres ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego jest zgodny z Cyklem rozliczeniowym rozpoczynającym się w kolejnym miesiącu kalendarzowym, przypadającym po dniu Przystąpienia do ubezpieczenia.
- Okres ubezpieczenia jest automatycznie przedłużany na kolejne okresy ubezpieczenia rozpoczynające się w dniu następnym po dniu zakończenia poprzedniego Okresu ubezpieczenia i trwające do końca kolejnego Cyklu rozliczeniowego, bez konieczności składania kolejnych Deklaracji ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem § 6.

Okres odpowiedzialności

§ 5

- Okres odpowiedzialności (ochrona ubezpieczeniowa) w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z zastrzeżeniem ust. 2 w pierwszym dniu pierwszego okresu ubezpieczenia, a kolejne okresy odpowiedzialności równe są kolejnym okresom ubezpieczenia.
- Jeżeli Ubezpieczony w Dniu rozliczeniowym poprzedzającym rozpoczęcie każdego kolejnego okresu odpowiedzialności na Rachunku nie zapewnił środków Ubezpieczającemu na pokrycie opłat i prowizji, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do tego Ubezpieczonego zostaje zawieszona. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela zostaje kontynuowana począwszy od dnia następnego po kolejnym Dniu rozliczeniowym rachunku pod warunkiem, że na Rachunku Ubezpieczony zapewnił środki należne Ubezpieczającemu na pokrycie opłat i prowizji.

§ 6

- Okres odpowiedzialności i okres ubezpieczenia wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - z dniem rozwiązania Umowy rachunku,
 - z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
 - z dniem rozwiązania UMOWY,
 - z chwilą wyczerpania limitu świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania w zakresie ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania.

2. W sytuacji, gdy miało miejsce zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela zgodnie z postanowieniami § 5 ust. 2 na okres co najmniej 3 bezpośrednio następujących po sobie okresów odpowiedzialności, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa, a ponownie Przystąpienie do ubezpieczenia może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy licząc od ustania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

3. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie, składając stosowne oświadczenie w formie pisemnej. Rezygnacja jest skuteczna z upływem okresu ubezpieczenia, następującego po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym. Oświadczenie w tym zakresie może być złożone bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Ubezpieczającego Ubezpieczycielowi, którzy wzajemnie zobowiązują się do pisemnego powiadomienia drugiej Strony, w terminie 14 dni od daty powzięcia wiadomości o tym fakcie. Ponowne Przystąpienie do ubezpieczenia, w przypadku przedniej rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, może nastąpić nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od dnia rezygnacji.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

§ 7

Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każdy Posiadacz, którego wiek w dniu Przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza 70 lat oraz który:

- 1) złożył odpowiednią Deklarację ubezpieczeniową (Przystąpienie do ubezpieczenia), oraz
- 2) zawarł Umowę rachunku, oraz
- 3) został zgłoszony do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczającego celem ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 8

Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, których Ubezpieczony nie podał, a o które Ubezpieczyciel zapytywał w związku z ubezpieczeniem w Deklaracji ubezpieczeniowej lub w innych dokumentach wymaganych przez Ubezpieczyciela przed rozpoczęciem odpowiedzialności. Jeżeli Ubezpieczony nie podał tych okoliczności z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których Ubezpieczony nie podał.

§ 9

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu;
- 2) udziałem Ubezpieczonego w nielegalnych strajkach, rozruchach, zamieszkach społecznych;
- 3) pozostawianiem Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości, lub w stanie po użyciu środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem radioaktywnym (z wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową);
- 5) nieprzestrzeżeniem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, z wyjątkiem udzielenia pierwszej pomocy w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem;
- 6) chorobą psychiczną lub alkoholizmem;
- 7) poddaniem się przez Ubezpieczonego zabiegom chirurgii plastycznej (z wyjątkiem leczenia następstw Nieszczęśliwych wypadków) lub operacji zmiany płci;
- 8) usiłowaniem popełnienia przestępstwa lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego, z wyłączeniem nieumyślnego spowodowania wypadku komunikacyjnego;
- 9) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego;
- 10) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) uczestnictwem Ubezpieczonego w rejsie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza koncesjonowanymi liniami lotniczymi, o ile miało to wpływ na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 12) jazdą motocyklem o pojemności skokowej silnika powyżej 50 cm³;
- 13) istniejącą u Ubezpieczonego chorobą zawodową i Przewlekłą;
- 14) ciężą;
- 15) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji - nowotworem, Poważnym zachorowaniem.

2. Ubezpieczyciel nie odpowiada za zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z wszelkimi Chorobami, w odniesieniu do których, w okresie 12 miesięcy poprzedzających datę przystąpienia do ubezpieczenia, zostały zdiagnozowane objawy lub wymagały porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, gdy Hospitalizacja nastąpiła w związku z planowanymi przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności zabiegami medycznymi o charakterze operacyjnym, rehabilitacyjnym lub diagnostycznym.

3. W ubezpieczeniu na wypadek Poważnego zachorowania, w przypadku Zawału serca lub Udaru mózgu Ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności w stosunku do Ubezpieczonego, jeżeli Udar mózgu lub Zawał serca nastąpił po upływie ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat.

4. Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do pokrywania jakichkolwiek podatków ani opłat lokalnych; nie jest również zobowiązany do pokrywania Miesięcznych opłat eksploatacyjnych w sytuacji, kiedy dotyczą one jakichkolwiek form najmu domu/lokalu mieszkalnego na zasadach komercyjnych lub grzeźnościowych.

5. Ponadto, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło na skutek lub w bezpośrednim związku z Rekreacyjnym uprawianiem sportu o wysokim stopniu ryzyka oraz Zawodowym i Wyczynowym uprawianiem sportu.

6. Zwrot kosztów poniesionych Miesięcznych opłat eksploatacyjnych (dotyczy ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania) nie przysługują, gdy nieruchomości użytkowana jest przez osoby trzecie (nie pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym).

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

Ubezpieczenie na wypadek Poważnego zachorowania

§ 10

1. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania w okresie pierwszych 90 dni, licząc od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie jednorazowego Świadczenia ubezpieczeniowego w kwocie równej 10% zadeklarowanych kosztów Miesięcznych opłat eksploatacyjnych.

2. Z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania po upływie 90 dni, licząc od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczonemu przysługują miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe zgodnie z ust. 3.

3. W sytuacji, o której mowa w ust. 2 Ubezpieczyciel wypłacać będzie w odstępach miesięcznych, 6 (słownie sześć) miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości faktycznie poniesionych przez Ubezpieczonego Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, jednak nie więcej niż jedno Świadczenie miesięczne niż wysokość zadeklarowanych kosztów Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej Wariantem ubezpieczenia, określonym w poniższej tabeli:

Zadeklarowane koszty Miesięcznych opłat eksploatacyjnych (Suma ubezpieczenia/miesiąc)

Wariant I – do 500 zł/miesiąc

Wariant II – do 1000 zł/miesiąc

4. Do Miesięcznych opłat eksploatacyjnych zalicza się wszystkie opłaty zgodnie z definicją określoną w § 2 pkt 9, których termin płatności przypadał:

- 1) w przypadku pierwszego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego – w ciągu 30 dni od dnia wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 2) w przypadku każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego – w ciągu 30 kolejnych dni od zakończenia poprzedniego terminu.

§ 11

W każdym przypadku prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania wygasa począwszy od:

- 1) dnia zgonu Ubezpieczonego,
- 2) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat, a w przypadku zawału serca lub udaru mózgu – ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
- 3) dnia, w którym Ubezpieczyciel wypłaci szóste miesięczne Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania.

Ubezpieczenie na wypadek Hospitalizacji

§ 12

1. Z tytułu Hospitalizacji Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie dziennych świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości zgodnej z wybranym przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej Wariantem ubezpieczenia, określonym w poniższej tabeli, z zastrzeżeniem ust. 2, począwszy od 8-go dnia Hospitalizacji, nie więcej jednak niż za 30 dni w każdych kolejnych 12 okresach odpowiedzialności w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej (rok ubezpieczeniowy):

Zadeklarowana Suma ubezpieczenia /dzień

Wariant I – 50 zł/dzień

Wariant II – 150 zł/dzień

2. Począwszy od miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie dziennych świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia zgodnie z ust. 1.

§ 13

W każdym przypadku prawo do dziennego Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu każdej Hospitalizacji wygasa począwszy od:

- 1) pierwszego dnia po zakończeniu Hospitalizacji,
- 2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
- 3) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat.

ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

§ 14

1. Należne Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień § 8-9 oraz z uwzględnieniem postanowień § 15, po dostarczeniu przez Ubezpieczonego bezpośrednio do Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę świadczenia”, oraz oryginałów lub potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego lub jednostkę organizacyjną Ubezpieczyciela wskazaną we „Wniosku o wypłatę świadczenia” kopii (kserokopii) wszystkich niezbędnych do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego dokumentów, którymi są:

- 1) W przypadku roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania:
 - a) Orzeczenie lekarza specjalisty stwierdzające Poważne zachorowanie i odpis badania potwierdzającego zaistnienie Choroby lub przebiega ją zabiegu medycznego;
 - b) kserokopia dowodu tożsamości Ubezpieczonego;
 - c) dokumenty (faktury, rachunki, elektroniczne potwierdzenia dokonania zapłaty rachunku) potwierdzające dokonanie Miesięcznych opłat eksploatacyjnych, do pokrycia których zobowiązany był Ubezpieczony w okresie po wystąpieniu Poważnego zachorowania (w przypadku, gdy Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w okresie po 60 dniach, licząc od pierwszego dnia pierwszego okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela).
- 2) W przypadku roszczenia z tytułu ubezpieczenia na wypadek Hospitalizacji:
 - a) wypis lub zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres pobytu w szpitalu, historia pobytu w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b) raport policji (prokuratury), jeżeli jest to możliwe w związku z zaistniałym zdarzeniem (w przypadku gdy zdarzenie nastąpiło w wyniku Nieszczęśliwego wypadku);
 - c) inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego.

2. Na wezwanie złożone przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczający ma obowiązek dostarczyć do Ubezpieczyciela skan Deklaracji ubezpieczeniowej, a w przypadku wątpliwości oryginał Deklaracji ubezpieczeniowej lub taśmę z nagraniem oświadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 4.

CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 15

1. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego („Wniosku o wypłatę świadczenia”) Ubezpieczyciel informuje pisemnie o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w ciągu 30 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 2.

4. Jeżeli Ubezpieczyciel w terminie określonym w ust. 2 nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadania pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.

5. Jeśli Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu wraz z jego wypłatą pisemną informację o wypłacie świadczenia.

6. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.

7. Ubezpieczyciel ma obowiązek udostępniać osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
8. Ubezpieczyciel może zażądać, by Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim u wskazanego lekarza na koszt Ubezpieczyciela w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 14, w szczególności zawierającej informacje o okolicznościach zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, może być podstawą do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego lub odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
10. Udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego lub Ubezpieczonego, może być podstawą do odmowy jego wypłaty, jeżeli miało to wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego powinny być doręczane na piśmie za potwierdzeniem odbioru lub przesłane listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmienił adres, a do Ubezpieczyciela nie dotarła informacja w tym zakresie, pisma wysłane na wskazany adres i nie odebrane przez adresata pozostają skuteczne z upływem terminu do ich odebrania wyznaczonego przez doręczającego (pierwsze awizo) lub z dniem otrzymania zwrotu korespondencji przez doręczającego bez wyznaczania terminu do odebrania korespondencji ze względu na niemożność jej doręczenia pod wskazanym adresem.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z UMOWY lub stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego.
4. W sprawach nieregulowanych mają zastosowanie przepisy powszechnie obowiązującego prawa.