

Warunki Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców korzystających z Kredytów Detalicznych w Polbank EFG („Warunki Ubezpieczenia”)

Postanowienia ogólne

§ 1

Wprowadzone w Warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. **Akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
2. **Całkowita niezdolność do pracy** – fizyczne uszkodzenie wskutek Nieszczęśliwego wypadku ciała lub utrata zdrowia w rezultacie, których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie, przynoszącej dochód lub wynagrodzenie. Wystąpienie Całkowitej niezdolności do pracy stwierdza lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa, biorąc pod uwagę orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub KRUS;
3. **Cykl rozliczeniowy** – miesięczny okres rozliczeniowy w Banku, na koniec którego Klientowi generowany jest wyciąg z podsumowaniem dokonanych transakcji na Kredycie Bezpiecznym;
4. **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
5. **Dyrekcja Generalna Towarzystwa** – Centrala Towarzystwa Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. mieszcząca się przy ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa;
6. **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a. stężenia we krwi powyżej 0,2 % alkoholu, lub
 - b. obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
7. **Kredyt** – kredyt odnawialny „Kredyt Bezpieczny” lub kredyt ratalny „Kredyt na Miarę” udzielone Ubezpieczonemu przez Bank na podstawie Umowy kredytu zawartej pomiędzy tymi podmiotami z przeznaczeniem na dowolny cel konsumpcyjny;
8. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w wieku 18-75 lat, będąca stroną Umowy kredytu z Bankiem, której życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, posiadająca stałe lub czasowe zameldowanie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
9. **Kwota zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia** – kapitał kredytu pozostający do spłaty w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wraz z nieprzeterminowanymi odsetkami na dzień zajścia zdarzenia;
10. **Lekarz uprawniony lub konsultant medyczny** – doradca medyczny wskazany przez Towarzystwo i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie;
12. **Okres ochrony ubezpieczeniowej** – czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa w stosunku do danego Ubezpieczonego, zgodnie z § 4 niniejszych Warunków Ubezpieczenia;
13. **Okres rozliczeniowy** – okres liczony od 2-go dnia miesiąca do 1-go dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego, za który należna jest Składka ubezpieczeniowa z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową;
14. **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było głównym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną;
15. **Składka ubezpieczeniowa** – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia, obliczana za czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa;
16. **Suma ubezpieczenia (świadczenie)** – kwota, wypłacona w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) w przypadku **Kredytu na Miarę** - stanowiąca Kwotę zadłużenia z tytułu Umowy kredytu na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego - nie przekraczająca **150 000 zł** włącznie (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) z zastrzeżeniem pkt.16 ppkt c) niniejszego paragrafu;
 - b) w przypadku **Kredytu Bezpiecznego** - stanowiąca średnie zadłużenie w Cyklu rozliczeniowym, w którym zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe; z zastrzeżeniem sytuacji, gdy Kredytobiorca przystępuje do Umowy ubezpieczenia równocześnie z zawarciem Umowy kredytu i Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło pomiędzy przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia a pierwszym dniem Cyklu rozliczeniowego ochrony ubezpieczeniowej następującym po dacie podpisania oświadczenia / wyrażenia zgody o przystąpienie do Umowy ubezpieczenia - w takim przypadku za średnie zadłużenie uznaje się przyznany przez Bank limit zadłużenia dla danego Kredytobiorcy.
Suma ubezpieczenia nie może przekroczyć dla Kredytu Bezpiecznego **250 000 zł** włącznie (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych), z zastrzeżeniem pkt.16 ppkt c) niniejszego paragrafu;
 - c) w przypadku Kredytobiorców, którzy przystąpili do Umowy ubezpieczenia na podstawie oświadczenia złożonego wyłącznie podczas rozmowy telefonicznej z konsultantem Banku – nie przekracza 30 000 zł włącznie (słownie: trzydzieści tysięcy złotych);
17. **Towarzystwo** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
18. **Ubezpieczający** – Polbank EFG S.A. z siedzibą w Warszawie;

19. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, który złożył podpisane Oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia lub wyraził zgodę na objęcie go ochroną podczas rozmowy telefonicznej z konsultantem Banku i został objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia;
20. **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego, po uzyskaniu zgody Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego;
21. **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego, po uzyskaniu zgody Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie w razie wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej.
22. **Umowa kredytu** – umowa o Kredyt na Miarę lub umowa o Kredyt Bezpieczny, udzielane przez Bank zgodnie z obowiązującymi zasadami Regulaminu Kredytu na Miarę, Regulaminu Kredytu Bezpiecznego;
23. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa polegające na zgonie Ubezpieczonego lub na wystąpieniu u niego Całkowitej niezdolności do pracy, które zaszło w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa (ochrony ubezpieczeniowej). W przypadku wystąpienia zgonu za datę wystąpienia zdarzenia przyjmuje się datę zgonu Ubezpieczonego. W przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy za datę wystąpienia zdarzenia przyjmuje się datę orzeczenia Całkowitej niezdolności do pracy przez ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie, o ile na tej podstawie fakt wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy stwierdzi lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa.

Przedmiot Umowy i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) dla Kredytobiorców, którzy ukończyli 18 lat, i których wiek nie przekroczyłby 65 lat w rocznicę Umowy:
 - 1) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Choroby i Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Całkowita niezdolność do pracy w wyniku Choroby i Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) dla Kredytobiorców, których wiek przekroczyłby 65 lat i nie przekroczyłby 75 lat w rocznicę Umowy:
 - 1) Śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) Całkowita niezdolność do pracy w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
3. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która w dniu podpisania Umowy kredytu ukończyła 18 lat oraz:
 - a) w przypadku kredytu „**Kredyt na Miarę**” - dla której suma wieku i okresu kredytowania jest nie większa niż 75 lat;
 - b) w przypadku kredytu „**Kredyt Bezpieczny**” – która nie ukończyła 75 lat;oraz podpisała oświadczenie woli o przystąpieniu do ubezpieczenia lub złożyła podczas rozmowy telefonicznej z konsultantem Banku oświadczenie o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia.
4. Towarzystwo w związku z przystąpieniem Kredytobiorcy do ubezpieczenia ponosi odpowiedzialność w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o ile zdarzenie to wystąpiło w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem § 5 ust. 4 niniejszych Warunków Ubezpieczenia.
5. Maksymalna odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego wobec danego Ubezpieczonego ograniczona jest do wartości:
 - 1) **150 000 zł** włącznie (słownie: sto pięćdziesiąt tysięcy złotych) - w przypadku **Kredytu na Miarę**, z zastrzeżeniem ust.5 pkt 3) niniejszego paragrafu,
 - 2) **250 000 zł** włącznie (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) - w przypadku **Kredytu Bezpiecznego**, z zastrzeżeniem ust.5 pkt 3) niniejszego paragrafu,
 - 3) **30 000 zł** włącznie (słownie: trzydzieści tysięcy złotych) - w przypadku Ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy ubezpieczenia na podstawie oświadczenia złożonego wyłącznie podczas rozmowy telefonicznej z konsultantem Banku.

Składka ubezpieczeniowa

§ 3

1. Składka ubezpieczeniowa płatna jest za każdego Kredytobiorcę, który przystąpi do ubezpieczenia w trybie miesięcznym:
 - 1) w przypadku Kredytu Bezpiecznego - za każdy Cykl rozliczeniowy. Pierwsza Składka ubezpieczeniowa płatna jest za okres liczony od daty przystąpienia do ubezpieczenia do końca pierwszego pełnego Cyklu rozliczeniowego, oraz
 - 2) w przypadku Kredytu na Miarę - za każdy Okres rozliczeniowy.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki ubezpieczeniowej za każdego Ubezpieczonego.

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci oraz Całkowitej niezdolności do pracy rozpoczyna się:
 - 1) w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na podstawie wyrażenia zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia podczas rozmowy telefonicznej z konsultantem Banku w dniu wyrażenia zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej niż w dniu udostępnienia Kredytu,
 - 2) w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych, którzy przystąpili do ubezpieczenia na podstawie podpisania oświadczenia o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia – w dniu podpisania oświadczenia o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia, nie wcześniej niż w dniu udostępnienia Kredytu, i trwa jeden rok licząc od daty objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego może ulec odnowieniu na następny roczny okres ubezpieczenia, o ile Umowa ubezpieczenia zostanie odnowiona, a Ubezpieczony nie zrezygnuje z ubezpieczenia i zostanie za niego opłacona składka za kolejny okres.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do danego Ubezpieczonego wygasa niezależnie od innych postanowień Umowy ubezpieczenia, z dniem, w którym zaszło jedno z poniżej wymienionych zdarzeń:
 - 1) nastąpiła wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) nastąpiła akceptacja roszczenia przez Towarzystwo z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 3) upłynął okres ochrony ubezpieczeniowej, za który została opłacona miesięczna Składka ubezpieczeniowa,
 - 4) nastąpiła rocznica Umowy ubezpieczenia, następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 rok życia w odniesieniu do zdarzeń powstałych w wyniku Choroby, oraz
 - 5) nastąpiła rocznica Umowy ubezpieczenia, następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75 roku życia w odniesieniu do zdarzeń powstałych w wyniku Nieszczęśliwego wypadku,
 - 6) wygasła Umowa kredytu,
 - 7) kończy się Okres rozliczeniowy, za który została zapłacona Składka ubezpieczeniowa w związku z rezygnacją Ubezpieczonego z obejmowania go ubezpieczeniem,

- 8) rozwiązana została Umowa kredytu na skutek upływu okresu jej wypowiedzenia przez Bank lub Kredytobiorcę,
 - 9) nastąpiła całkowita spłata Kredytu (dotyczy Kredytu na Miarę),
 - 10) Ubezpieczający odstąpił od Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z obejmowania go ochroną ubezpieczeniową w każdym czasie jej trwania, składając Towarzystwu lub Ubezpieczającemu oświadczenie w formie pisemnej. Oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim wywołuje skutek z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, w którym rezygnacja wpłynęła do Ubezpieczającego lub Towarzystwa.
 4. W przypadku rezygnacji, o której mowa w ust.3 Ubezpieczony ma prawo przystąpić ponownie do Umowy ubezpieczenia.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 5

1. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu, **jeżeli zgon** nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
2. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego **Całkowitej niezdolności do pracy**, jeżeli niezdolność ta nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) wszelkich zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F00-F99);
 - 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa i potwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu;
 - 4) wojny, działań wojennych, stanu wojennego, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 5) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
 - 6) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, trekking, rafting i wszystkie jego odmiany, heliskiing, , a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
 - 7) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach z wykorzystaniem wszelkich pojazdów silnikowych jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 8) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 9) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza;
 - 10) zatrucia się Ubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 11) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego niezależnie od stanu poczytalności;
 - 12) epidemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej;
 - 13) wypadku, który miał miejsce przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
3. W przypadkach zgonu oraz Całkowitej niezdolności do pracy, w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń, które są następstwem zachorowania lub wypadku, które nastąpiły w ciągu 24 miesięcy poprzedzających początek odpowiedzialności Towarzystwa z zastrzeżeniem, iż powyższy zapis nie ma zastosowania dla Zdarzeń ubezpieczeniowych polegających na zgonie Ubezpieczonych, którzy przystąpili do Umowy ubezpieczenia podczas rozmowy telefonicznej z konsultantem Banku.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku zgonu oraz Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w okresie pierwszych 90 dni liczonych od daty rozpoczęcia odpowiedzialności, ograniczona jest wyłącznie do zdarzeń będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku. Powyższe zastrzeżenie nie dotyczy Kredytobiorców, którzy przystępują do Umowy ubezpieczenia równocześnie z zawarciem Umowy kredytu.

Ustalenie i wypłata świadczenia

§ 6

1. Z tytułu zgonu lub Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia zdefiniowanej w § 1 pkt 16.
2. Wystąpienie Całkowitej niezdolności do pracy u Ubezpieczonego stwierdza lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa, na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie.
3. W przypadku Kredytu Bezpiecznego świadczenie otrzymuje Uposażony wskazany przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną w oświadczeniu o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku Kredytu na Miarę świadczenie otrzymuje Uposażony wskazany przez Ubezpieczającego za zgodą Ubezpieczonego wyrażoną w oświadczeniu o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia – kwotę zadłużenia na dzień zajścia zdarzenia.
5. Odwołanie lub zmiana przez Ubezpieczającego wskazanego Uposażonego wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego.

§ 7

1. Świadczenia, o którym mowa w §6 Warunków Ubezpieczenia, wypłacane są na podstawie wniosków o wypłatę świadczenia składanych bezpośrednio do Towarzystwa.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego osoby zgłaszające są zobowiązane dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo we wniosku o wypłatę świadczenia. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć i przekazać do TU Allianz Życie Polska S.A. następujące posiadane dokumenty:
 - 1) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia. Oświadczenie to jest składane bezpośrednio przez Ubezpieczającego (Bank) do Towarzystwa na wniosek Towarzystwa,
 - 3) w przypadku gdy zgon jest następstwem wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia, należy dołączyć opis okoliczności wypadku, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury), jeśli postępowanie było/jest prowadzone należy podać sygnaturę sprawy oraz kopię protokołu BHP (jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy).

3. W przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy u Ubezpieczonego zobowiązany jest on dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo we Wniosku o wypłatę świadczenia. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć i przekazać do TU Allianz Życie Polska S.A. następujące posiadane dokumenty:
 - 1) orzeczenie komisji lekarskiej ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w zakresie Całkowitej niezdolności do pracy,
 - 2) oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia, dostarczane przez Ubezpieczającego (Bank),
 - 3) dokumentacja medyczna dot. Całkowitej niezdolności do pracy (np. kopia wniosku medycznego będącego podstawą do skierowania Kredytobiorcy na komisję orzekającą o ile ją posiada). W przypadku przedłożenia innych dokumentów w postaci kopii kart informacyjnych leczenia szpitalnego, wyników badań histopatologicznych, dokumentacji z porad ambulatoryjnych itp., konieczne jest wskazanie adresu i pełnej nazwy placówek medycznych, w których odbywało się leczenie,
 - 4) kopia dokumentu tożsamości Ubezpieczonego,
 - 5) w przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia, należy dołączyć opis okoliczności wypadku, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury), jeśli postępowanie było/jest prowadzone należy podać sygnaturę sprawy oraz kopię protokołu BHP (jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy).
4. Komplet wymaganych dokumentów wraz z wnioskiem o wypłatę świadczenia należy doręczyć listem poleconym lub kurierem za potwierdzeniem odbioru na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, Centrum Obsługi Klienta.
5. Wystąpienie Całkowitej niezdolności do pracy u Ubezpieczonego stwierdza lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa, biorąc pod uwagę orzeczenie lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, z zastrzeżeniem, że w przypadku jednoczesnego przedłożenia przez Ubezpieczonego dwóch orzeczeń – tj. orzeczenia o Całkowitej niezdolności do pracy wydanego przez ZUS, KRUS i inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie Towarzystwo dla wskazania Sumy ubezpieczenia przyjmie orzeczenie wydane w terminie wcześniejszym, o ile na tej podstawie fakt wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy stwierdzi lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Towarzystwa.
6. Lekarz uprawniony lub konsultant medyczny przy ustalaniu daty zdarzenia bierze pod uwagę:
 - 1) dane z dokumentacji medycznej (w tym dokumentacji będącej podstawą wydania decyzji ZUS);
 - 2) orzeczenia komisji ZUS, KRUS, innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie;
 - 3) orzeczenie komisji lekarskiej powołanej przez Towarzystwo (komisja ta może być powołana nie później niż przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku lub pierwszej diagnozy choroby).
7. Sumę ubezpieczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy oblicza się według kwoty zadłużenia na dzień orzeczenia komisji orzeczniczej ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego w przypadku Kredytu Na Miarę lub według średniego salda zadłużenia w Cyklu rozliczeniowym, w którym nastąpiło takie orzeczenie, w przypadku Kredytu Bezpiecznego.
8. W przypadku zdarzeń będących następstwem wypadku, do wniosku o wypłatę świadczenia, należy dołączyć opis okoliczności wypadku, z podaniem adresu organu prowadzącego sprawę (Policji lub prokuratury) jeśli postępowanie było/jest prowadzone i sygnatury sprawy oraz protokół BHP (jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy).
9. Komplet dokumentów, o których mowa we wniosku o wypłatę świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego osoby zgłaszające przesyłają listem poleconym lub kurierem za potwierdzeniem odbioru na adres Towarzystwa. W przypadku wystąpienia Całkowitej niezdolności do pracy u Ubezpieczonego jest on zobowiązany dostarczyć do Towarzystwa komplet dokumentów, o którym mowa we Wniosku o wypłatę świadczenia.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do występowania bez pośrednictwa osoby uprawnionej lub Ubezpieczającego o dodatkowe dokumenty konieczne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty mogą być uzyskiwane w szczególności od jednostek służby zdrowia w ramach upoważnienia udzielonego przez Ubezpieczonego.
11. Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni kalendarzowych od dnia otrzymania zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz osoby Uprawnione, wskazując wykaz dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.
12. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni kalendarzowych, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
13. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie przez Towarzystwo zostanie wypłacone w ciągu 14 dni kalendarzowych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo powinno spełnić w terminie przewidzianym w ust. 12 powyżej.
14. Jeśli świadczenie nie przysługuje Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie Bank, jeśli jest Uposażonym/Uprawnionym wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną, uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba Uposażona/Uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
15. Obowiązującym językiem w korespondencji pomiędzy Bankiem a Towarzystwem i kontaktach z Towarzystwem jest język polski. Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedłożenie Towarzystwu dokumentacji medycznej w języku angielskim jak również w języku obowiązującym w państwie, na terenie którego wystąpił wypadek.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenia do Ubezpieczyciela przerywa się przez zgłoszenie Ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Prawem właściwym dla stosunków prawnych powstałych w oparciu o niniejsze Warunki ubezpieczenia jest prawo polskie.
4. Wszelkie spory wynikające z Umowy ubezpieczenia będą rozpatrywane przez sąd o właściwości ogólnej lub przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
5. W sprawach nieuregulowanych Umową ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.
6. Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, należy zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa na adres wskazany w ust. 8 poniżej.
7. Po rozpatrzeniu skarg i zażeń, o których mowa w ust. 6, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie listem poleconym na adres wskazany w treści skargi lub zażeń lub przez Rzecznika Ubezpieczonych.
8. Wszelka korespondencja adresowana do Ubezpieczyciela powinna być przekazywana w formie pisemnej, na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.
9. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie od dnia 11 kwietnia 2011 roku.