

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY PRACY LUB ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ALBO HOSPITALIZACJI KREDYTOBIORCÓW TOYOTA BANK POLSKA SA

Wprowadzenie

Niniejsze SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY PRACY LUB ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ, CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ALBO HOSPITALIZACJI KREDYTOBIORCÓW TOYOTA BANK POLSKA SA (zwane dalej „warunkami ubezpieczenia”), określają zasady udzielania ochrony ubezpieczeniowej oferowanej kredytobiorcom (dalej Kredytobiorcy lub Kredytobiorca), którzy zaciągnęli kredyt na zakup samochodu w Toyota Bank Polska SA (zwaną dalej „Bankiem” lub „Ubezpieczającym”).

§ 1. Definicje

Przez użyte w warunkach ubezpieczenia pojęcia (niezależnie od tego, czy są pisane z wielkiej, czy też małej litery) należy rozumieć:

1. Administrator – Financial Insurance Group Services Sp. z o.o. Oddział w Polsce, używająca także nazwy Genworth Financial, działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej w zakresie realizacji praw i obowiązków Ubezpieczyciela wynikających z Umowy Ubezpieczenia i niniejszych warunków ubezpieczenia;
2. Choroba istniejąca – choroba leczona lub zdiagnozowana przez lekarza w okresie 12 miesięcy przed dniem przystąpienia Kredytobiorcy do ubezpieczenia, a także komplikacje spowodowane taką chorobą lub nawroty takiej choroby, nawet jeśli wystąpiły w okresie ubezpieczenia;
3. Czasowa niezdolność do pracy – każda choroba, stan chorobowy, obrażenie ciała Ubezpieczonego lub związane z nimi objawy, które nie pozwalają Ubezpieczonemu na wykonywanie dotychczasowej pracy, działalności gospodarczej, które przynoszą dochód, potwierdzone zaświadczeniem lekarskim (ZUS ZLA), zaś w przypadku czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad okres, w którym dopuszczalne jest zgodnie z przepisami prawa wystawianie zaświadczeń lekarskich ZUS ZLA, potwierdzone prawnomocną decyzją o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub decyzją ZUS o czasowej niezdolności do pracy lub inna równoważną decyzją;
4. Deklaracja przystąpienia – oświadczenie Kredytobiorcy o zgodzie na objęcie go ochroną ubezpieczeniową świadconą przez Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia;
5. Dzień objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową – dzień następujący po upływie okresu karencji, którego bieg rozpoczyna się od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia;
6. Dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia – dzień wypłaty kredytu pod warunkiem uprzedniego podpisania przez Kredytobiorcę deklaracji przystąpienia;
7. Dzień wypłaty kredytu – dzień, w którym Bank uruchomił Kredytobiorcy kredyt, tzn. wypłacił całość środków, a w przypadku kredytu wypłacanego w transzach – dzień wypłaty pierwszej transzy kredytu;
8. Działalność gospodarcza – jednoosobowa działalność gospodarcza podlegająca wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej;
9. Dzień hospitalizacji – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu podczas hospitalizacji;
10. Dzień utraty pracy – dzień, w którym Ubezpieczony na skutek utraty pracy został zarejestrowany jako bezrobotny z prawem zasiłku dla bezrobotnych;
11. Dzień wystąpienia czasowej niezdolności do pracy – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w zaświadczeniu lekarskim (ZUS ZLA);
12. Dzień zakończenia działalności gospodarczej – dzień, w którym Ubezpieczony na skutek wyrejestrowania prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej z ewidencji działalności gospodarczej, został zarejestrowany jako bezrobotny z prawem zasiłku dla bezrobotnych;
13. Harmonogram spłaty kredytu – dokument stanowiący część umowy kredytu i określający wysokość rat kredytu oraz terminy ich zapłaty, aktualny na dzień zawarcia umowy kredytu;
14. Hospitalizacja - pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, trwający nieprzerwanie co najmniej 7 dni;
15. Kredyt – kwota pieniężna, którą Bank pożyczył Kredytobiorcy na mocy zawartej umowy kredytu;
16. Odsetki umowne – odsetki od wykorzystanego kredytu, naliczane według stóp procentowych określonych w umowie kredytu, nie będące odsetkami od należności przeterminowanych;
17. Okres ubezpieczenia - ustalony odrębnie dla każdego Ubezpieczonego na dzień zawarcia umowy kredytu okres, w którym Kredytobiorca zobowiązał się spłacić kredyt zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu, nie krótszy jednak niż 6 i nie dłuższy niż 96 miesięcy;
18. Prawidłowa ciąża – typowe objawy towarzyszące ciąży (w tym ciążę mnogiej), generalnie niegroźne lub przemijające, występujące osobno lub łącznie (np. poranne mdłości, zmęczenie), nie stanowiące, z medycznego punktu widzenia, zagrożenia dla matki lub dziecka oraz poród, w tym poprzez cesarskie cięcie lub inny poród przy asyście medycznej lub chirurgicznej, nie powodujący powikłań medycznych;

19. rata kredytu –
 - a/ kwota regularnego, miesięcznego zobowiązania Kredytobiorcy wobec Banku, której wysokość i warunki spłaty zostały określone w umowie kredytu oraz harmonogramie spłaty kredytu, obejmująca kapitał i odsetki umowne, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału obejmująca przez okres karencji jedynie odsetki umowne,
 - b/ jeżeli zaś raty nie są spłacane miesięcznie, za ratę kredytu dla celów niniejszego ubezpieczenia uważa się iloraz regularnej raty ustalonej w harmonogramie spłaty kredytu oraz liczby miesięcy pomiędzy następującymi bezpośrednio po sobie terminami wymagalności rat regularnych,
 - c/ w przypadku kredytów o systemie spłaty 50/50 lub podobnych, za ratę kredytu na potrzeby niniejszego ubezpieczenia przyjmuje kwotę wynikającą z ilorazu oczekiwanej przez Bank kwoty do zapłaty oraz liczby miesięcy oczekiwania na tą kwotę przez Bank zgodnie z umową kredytu.

W żadnym wypadku do raty kredytu w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia nie dolicza się jakichkolwiek dodatkowych opłat jakie mogą zostać doliczone do raty w trakcie trwania umowy kredytu;

20. Szpital – zakład opieki zdrowotnej świadczący, przy wykorzystaniu wykwalifikowanego zespołu lekarskiego i pielęgniarskiego, całodobową opiekę nad chorymi w zakresie diagnostyki i leczenia; w rozumieniu warunków ubezpieczenia pojęcie to nie obejmuje domu opieki, hospicjum, ośrodka leczenia uzależnień, ośrodków sanatoryjnych i uzdrowiskowych, prewentoriów, szpitali sanatoryjnych;
21. Świadczenia emerytalne lub rentowe – świadczenia pieniężne z emerytalnego ubezpieczenia społecznego tj. emerytura, renta inwalidzka tytułu niezdolności do pracy w tym renta szkoleniowa z funduszu ubezpieczeń społecznych, a także emerytura lub renta rolnicza oraz rolnicza renta szkoleniowa;
22. Składka ubezpieczeniowa – kwota pieniężna należna Ubezpieczycielowi z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej jednemu Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu;
23. Ubezpieczony – Kredytobiorca, który przystąpił do umowy ubezpieczenia i został objęty ochroną ubezpieczeniową; jeżeli w ramach jednej umowy kredytu do umowy ubezpieczenia przystąpiło kilku Współkredytobiorców, każdego z nich uważa się za Ubezpieczonego w rozumieniu warunków ubezpieczenia, łącznie zaś zwani są dalej także Współubezpieczonymi;
24. Ubezpieczyciel – odpowiednio Financial Assurance Company Limited działająca pod nazwą Genworth Financial z siedzibą w Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London W4 5XR, Wielka Brytania albo Financial Insurance Company Limited z siedzibą w Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London W4 5XR, Wielka Brytania;
25. Umowa kredytu – umowa zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą (Współkredytobiorcami), na której podstawie Bank udzielił Kredytobiorcy (Współkredytobiorcom) kredytu;
26. Umowa ubezpieczenia – umowa grupowego ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem w Warszawie w dniu 01/03/2010;
27. Uprawniony do świadczenia – Bank za zgodą ubezpieczonego wyrażoną w deklaracji przystąpienia do kwoty salda kredytu;
28. Utrata pracy - rozwiązanie umowy o pracę na czas nieokreślony, dokonane za wypowiedzeniem pracodawcy z przyczyn dotyczących pracownika, na skutek czego Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego oraz prawo do otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych albo rozwiązanie takiej umowy o pracę za porozumieniem stron zawartym przez pracodawcę i Ubezpieczonego w ramach zasad między grupowych w rozumieniu przepisów o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników, rodzące powyżej opisane skutki;
29. Zakończenie działalności gospodarczej – wyrejestrowanie przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej z ewidencji tej działalności, na skutek czego Ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego oraz prawo do otrzymywania zasiłku dla bezrobotnych;
30. Umowa o pracę na czas nieokreślony – umowa o pracę zawarta przez Ubezpieczonego z pracodawcą na czas nieokreślony, zgodnie z przepisami Kodeksu pracy, obowiązująca nieprzerwanie, co najmniej 6 miesięcy;
31. Zatrudnienie na czas określony – świadczenie przez Ubezpieczonego pracy na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, zgodnie z przepisami Kodeksu pracy; definicja ta nie obejmuje osób świadczących pracę jako pracownik tymczasowy lub na zastępstwo w rozumieniu Kodeksu pracy;
32. Zdarzenie ubezpieczeniowe – odpowiednio: utrata pracy przez Ubezpieczonego, zakończenie działalności gospodarczej Ubezpieczonego, czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, hospitalizacja Ubezpieczonego.

§ 2. Postanowienia ogólne

- Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka czasowej niezdolności do pracy oraz hospitalizacji, jeżeli okres ubezpieczenia jest równy lub dłuższy niż 5 lat jest udzielana przez Financial Assurance Company Limited działającą pod nazwą handlową Genworth Financial z siedzibą w Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London W4 5XR, Wielka Brytania, wpisaną do rejestru Companies House Wielka Brytania pod 4873014.
- Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka utraty pracy lub zakończenia działalności gospodarczej jest udzielana przez Financial Insurance Company Limited działającą pod nazwą Genworth Financial z siedzibą w Building 11, Chiswick Park, Chiswick High Road, London W4 5XR, Wielka Brytania, wpisaną do rejestru Companies House Wielka Brytania pod numerem 1515187, także przez tego ubezpieczyciela udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka czasowej niezdolności do pracy oraz hospitalizacji, jeżeli okres ubezpieczenia jest krótszy niż 5 lat.
- Warunki ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
- W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia umowy ubezpieczenia, a także przepisy Kodeksu cywilnego, przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 3. Przedmiot ubezpieczenia i zakres ochrony ubezpieczeniowej

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, zaś w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową ryzyka utraty pracy lub zakończenia działalności gospodarczej, również zatrudnienie Ubezpieczonego i wykonywanie przez niego działalności gospodarczej.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego w danym dniu okresu ubezpieczenia oraz z zastrzeżeniem dalszych postanowień Warunków ubezpieczenia, ryzyko utraty pracy, ryzyko zakończenia działalności gospodarczej, ryzyko czasowej niezdolności do pracy albo ryzyko hospitalizacji.

§ 4. Warunki i zasady udzielenia ochrony ubezpieczeniowej

- Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Warunków ubezpieczenia może zostać objęty Kredytobiorca, który w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia spełnia łącznie następujące warunki:
 - ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia;
 - posiada miejsce zamieszkania w Rzeczypospolitej Polskiej;
 - złożył oświadczenia zawarte w deklaracji przystąpienia;
 - nie nabył prawa do świadczeń emerytalnych lub rentowych.
- Z zastrzeżeniem dalszych postanowień Warunków ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa z tytułu utraty pracy, zakończenia działalności gospodarczej, czasowej niezdolności do pracy albo hospitalizacji udzielana jest w danym dniu okresu ubezpieczenia tylko w zakresie danego ryzyka w zależności od statusu zatrudnienia ubezpieczonego w tym dniu tj.:
 - w przypadku, gdy w danym dniu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony, jest on objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu utraty pracy;
 - w przypadku, gdy w danym dniu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony prowadzi działalność gospodarczą, jest on objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu zakończenia działalności gospodarczej oraz czasowej niezdolności do pracy;
 - w przypadku, gdy w danym dniu okresu ubezpieczenia Ubezpieczony jest zatrudniony na czas określony, jest on objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy;
 - w przypadku, gdy w danym dniu okresu ubezpieczenia status zatrudnienia Ubezpieczonego jest inny niż określony w p. 1) – 3), Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu hospitalizacji.
- W razie zbiegu w tym samym czasie statusów zatrudnienia, ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest względem tylko jednego z nich, w następującej kolejności: umowa o pracę na czas nieokreślony, prowadzenie działalności gospodarczej, zatrudnienie na czas określony, inny status zatrudnienia.
- Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jeżeli dzień hospitalizacji, dzień wystąpienia czasowej niezdolności do pracy, dzień wyrejestrowania przez Ubezpieczonego działalności gospodarczej z ewidencji działalności gospodarczej albo dzień rozwiązania umowy o pracę na czas nieokreślony nastąpił po upływie 60 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (okres karencji);
- Zajście jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych utraty pracy, zakończenia działalności gospodarczej, czasowej niezdolności do pracy albo hospitalizacji, wyłącza odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych spośród tych zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego do końca okresu, za który Ubezpieczonemu przysługiwało świadczenie.
- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objętych maksymalnie czterech Współkredytobiorców, jeżeli każdy z nich spełnia warunki przystąpienia do ubezpieczenia określone w ust. 1.
- Liczbę Współubezpieczonych ustala się w deklaracji przystąpienia i dla celów obliczenia świadczenia oraz obliczenia sumy ubezpieczenia przypadającej na każdego ze Współubezpieczonych nie ulega ona zmianie przez cały okres ubezpieczenia.

§ 5. Rozpoczęcie i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej

- Z zastrzeżeniem zasad udzielania ochrony ubezpieczeniowej określonych w § 4 ochrona ubezpieczeniowa udzielana danemu Ubezpieczonemu rozpoczyna się z dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową, pod warunkiem optacenia za niego składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie określonym w umowie ubezpieczenia i kończy z ostatnim dniem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego z chwilą zaistnienia któregokolwiek z następujących zdarzeń:
 - z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia;
 - z dniem przyznania Ubezpieczonemu świadczenia emerytalnego lub rentowego;
 - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z ust. 3;
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia.
- Ubezpieczonemu przysługuje prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie. Warunkiem skutecznej rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej jest pisemne powiadomienie o tym fakcie Ubezpieczyciela.
- Ochrona ubezpieczeniowa udzielana danemu Ubezpieczonemu obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, których dzień wystąpienia tj. dzień utraty pracy, dzień zakończenia działalności gospodarczej, dzień wystąpienia czasowej niezdolności do pracy albo dzień hospitalizacji mają miejsce od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 6. Składka ubezpieczeniowa

- Składka ubezpieczeniowa za ochronę ubezpieczeniową udzielaną danemu Ubezpieczonemu albo Współubezpieczonym jest płatna jednorazowo przez Ubezpieczającego, z góry za cały okres ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa obliczana jest jako iloczyn:
 - wyrażonej w złotych kwoty udzielonego Ubezpieczonemu (Współubezpieczonym) kredytu;
 - liczby miesięcy okresu ubezpieczenia;
 - stopy składki obowiązującej w dniu złożenia deklaracji przystąpienia, określonej w umowie ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa jest płatna w złotych, w terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
- W przypadku wcześniejszego wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, niż koniec okresu ubezpieczenia, udzielanej danemu Ubezpieczonemu, za wyjątkiem przypadków, gdy zdarzenie powodujące wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej pociągnęło za sobą konieczność wypłaty świadczenia w wysokości pełnej sumy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej proporcjonalnie do okresu, w którym Ubezpieczyciel nie świadczył ochrony ubezpieczeniowej.
- Jeżeli sytuacja określona w ust. 4 odnosi się do jednego lub kilku ze Współubezpieczonych, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot części składki ubezpieczeniowej, proporcjonalnie do udziału tego lub tych ze Współubezpieczonych, w całej składce ubezpieczeniowej.

§ 7. Świadczenia i suma ubezpieczenia

- Suma ubezpieczenia na jedno i wszystkie zdarzenia ubezpieczeniowe opisane w niniejszych warunkach ubezpieczenia wynosi sumę 12 świadczeń wypłaconych przez Ubezpieczyciela w całym okresie ubezpieczenia.
- Z zastrzeżeniem ust. 4 i 5 świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest równe:
 - racie kredytu, której termin wymagalności nastąpił bezpośrednio przed dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - zaś w przypadku rat, których częstotliwość zapłaty jest zgodnie z umową kredytu inna niż miesięczna do obliczenia świadczenia w oparciu o zasady obliczenia raty kredytu określone w § 1 p. 19 lit. b/ przyjmuje się ratę ustaloną w harmonogramie, której termin wymagalności nastąpił bezpośrednio przed dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - w przypadku kredytów 50/50 lub podobnych świadczenie jest równe racie kredytu obliczonej zgodnie z § 1 p. 19 lit. c/.
- W przypadku całkowitej spłaty kredytu lub rozwiązania umowy kredytu z innej przyczyny przed końcem okresu ubezpieczenia świadczenie oblicza się z odpowiednim zastosowaniem ust. 2 z założeniem sytuacji jakby umowa kredytu była nadal realizowana zgodnie z harmonogramem spłaty kredytu.
- Świadczenie nie może być wyższe niż 5000 złotych.
- W przypadku Współubezpieczonych świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego dotyczącego jednego ze Współubezpieczonych stanowi iloraz raty kredytu ustalonej zgodnie z ust. 2 lub 3 i liczby Współubezpieczonych określonej zgodnie z § 4 ust. 7 Warunków ubezpieczenia.
- Maksymalna wysokość świadczenia dla jednego ze Współubezpieczonych wynosi iloraz 5000 złotych oraz liczby Współubezpieczonych określonej zgodnie z § 4 ust. 7 Warunków ubezpieczenia.

§ 8. Zgłoszenie roszczenia

- Wszelkie dokumenty związane ze zgłaszaniem roszczenia powinny być przekazywane do Ubezpieczyciela za pośrednictwem Ubezpieczającego.

2. Jeżeli mowa jest o kopiach dokumentów, winny być one potwierdzone przez Ubezpieczającego za zgodność z oryginałem.
3. Dokumenty sporządzone w języku obcym powinny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

UTRATA PRACY LUB ZAKOŃCZENIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

4. W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu utraty pracy lub zakończenia działalności gospodarczej, Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) zaświadczenie o nadaniu Ubezpieczonemu statusu osoby bezrobotnej wydane przez właściwy urząd pracy;
 - 3) kopię wypowiedzenia umowy o pracę wraz z uzasadnieniem, potwierdzoną przez Bank za zgodność z oryginałem (dotyczy utraty pracy);
 - 4) świadectwo pracy od ostatniego pracodawcy, kopię ostatniej umowy o pracę, zaś w przypadku zakończenia działalności gospodarczej: kopię urzędowego zaświadczenia o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z ewidencji działalności gospodarczej;
 - 5) w przypadku każdego kolejnego świadczenia: dowód pobrania lub prawa do pobrania zasiłku dla bezrobotnych z miesiąca, za który Ubezpieczony wnioskuje o wypłatę kolejnego świadczenia;
 - 6) inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

5. W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia,
 - 2) druk ZUS ZLA potwierdzający czasową niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
 - 3) zaświadczenie lekarskie o przyczynie czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 4) historię choroby;
 - 5) inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.

HOSPITALIZACJA

6. W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać:
 - 1) wypełniony formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 2) kartę informacyjną leczenia szpitalnego lub inne zaświadczenie ze szpitala zawierające informacje o hospitalizacji Ubezpieczonego. Dokumenty te ubezpieczony jest obowiązany przekazać także przed każdorazową kolejną wypłatą miesięcznego odszkodowania;
 - 3) inne dokumenty, których zażąda Ubezpieczyciel, niezbędne do ustalenia uprawnionego do świadczenia, zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.
7. Wszelkie koszty związane ze skompletowaniem i doręczeniem wymaganych dokumentów ponosi Ubezpieczony lub Ubezpieczający.
8. Do dokumentów, o których mowa w niniejszym paragrafie, Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kopię deklaracji przystąpienia oraz oświadczenie o racie kredytu, która stanowi podstawę ustalenia wysokości świadczenia zgodnie z § 7;
9. Całość dokumentacji Bank niezwłocznie przekazuje do Ubezpieczyciela.
10. Zgodnie z przepisem art. 21 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia. Koszty badań pokrywa Ubezpieczyciel.
11. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje 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, 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 zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
12. Ubezpieczyciel jest zobowiązany udostępnić Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu do świadczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności odszkodowawczej Ubezpieczyciela lub wysokości odszkodowania. Ubezpieczony ma prawo żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopie dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
13. W przypadku jakichkolwiek pytań, wątpliwości związanych z procesem zgłoszenia roszczenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony może zasięgnąć informacji u Administratora dzwoniąc pod numer telefonu (0 22) 526 29 50, w dni powszednie, w godzinach 9:00-17:00.

§ 9. Wypłata świadczenia

1. Świadczenie z tytułu utraty pracy lub zakończenia działalności gospodarczej przysługuje Ubezpieczonemu jedynie wówczas, gdy na skutek utraty pracy lub zakończenia działalności gospodarczej Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
2. Pierwsze świadczenie z tytułu utraty pracy albo zakończenia działalności gospodarczej przysługuje Uprawnionemu do świadczenia za okres pierwszych 60 dni nieprzerwanego pozostawania Ubezpieczonego bez pracy pod warunkiem, iż w całym tym okresie, nieprzerwanie Ubezpieczony posiadał status osoby bezrobotnej oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych. Kolejne świadczenia z tytułu utraty pracy lub zakończenia działalności gospodarczej przysługują po upływie każdego kolejnego, nieprzerwanego 30 dniowego okresu, pod warunkiem, iż w całym tym okresie, nieprzerwanie Ubezpieczony posiadał status osoby bezrobotnej oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych.
3. Pierwsze świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługuje Uprawnionemu do świadczenia za nieprzerwany, pełny okres 30 dni pozostawania Ubezpieczonego w stanie czasowej niezdolności do pracy. Kolejne świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy przysługują po upływie każdego kolejnego 30 dniowego okresu, pod warunkiem, iż w całym tym okresie, nieprzerwanie Ubezpieczony był w stanie czasowej niezdolności do pracy.
4. Pierwsze świadczenie z tytułu hospitalizacji przysługuje Uprawnionemu do świadczenia za nieprzerwany, pełny okres 7 dni hospitalizacji Ubezpieczonego. Kolejne świadczenia z tytułu hospitalizacji przysługują po upływie każdego kolejnego 30 dniowego okresu, pod warunkiem, iż w całym tym okresie, nieprzerwanie Ubezpieczony był hospitalizowany.

§ 10. Wyłączenia odpowiedzialności

OGÓLNE

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona tj. świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli wystąpienie któregośkolwiek zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w wyniku:
 - 1) działań wojennych, w tym wojny domowej (niezależnie od tego czy wojna została wypowiedziana czy też nie), stanu wojennego, rebelii, terroryzmu, sabotażu, rewolucji albo powstania zbrojnego lub prawnie uzasadnionych działań sił zbrojnych, łącznie z bezpośrednimi i długofalowymi skutkami użycia broni masowego rażenia;
 - 2) promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego pochodzącym z paliwa jądrowego lub odpadów nuklearnych lub sprzętu nuklearnego, oraz skażenia toksycznego;
 - 3) strajków, zamieszek i rozruchów społecznych.

UTRATA PRACY LUB ZAKOŃCZENIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

2. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu utraty pracy lub zakończenia działalności gospodarczej jest wyłączona dodatkowo, jeżeli:
 - 1) w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ubezpieczony wiedział, że utraci pracę lub zakończy działalność gospodarczą;
 - 2) utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę, rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących Ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy;
 - 3) z Ubezpieczonym została rozwiązana umowa o pracę przez pracodawcę za wypowiedzeniem lub bez wypowiedzenia, na skutek jego udziału w nielegalnym strajku;
 - 4) utrata pracy nastąpiła na mocy porozumienia stron;
 - 5) utrata pracy nastąpiła poprzez rozwiązanie umowy o pracę za wypowiedzeniem dokonany przez Ubezpieczonego;
 - 6) ubezpieczony nabył prawo do świadczenia emerytalnego lub rentowego;
 - 7) ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę w rozumieniu art. 431 k.c., będącym dla ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub ubezpieczony był współnikiem (udziałowcem, akcjonariuszem) spółki osobowej lub kapitałowej lub był członkiem organów zarządczych przedsiębiorcy zatrudniającego ubezpieczonego;
 - 8) ubezpieczony podjął jakąkolwiek pracę przynoszącą mu dochód.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu utraty pracy, jeżeli w dniu przystąpienia do ubezpieczenia lub przed tym dniem zatrudniający Ubezpieczonego pracodawca dokonał co najmniej jednej z następujących czynności:
 - 1) złożył Ubezpieczonemu pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę;
 - 2) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe lub przedstawicieli pracowników lub właściwy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych i poinformował pisemnie Ubezpieczonego o planowanym jego zwolnieniu;
 - 3) poinformował pisemnie Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanymi z tym

faktem zmianami sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczącymi bezpośrednio Ubezpieczonego.

CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

4. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona dodatkowo, jeżeli czasowa niezdolność do pracy jest wynikiem:
- 1) choroby istniejącej Ubezpieczonego;
 - 2) bólu kręgosłupa lub innych dolegliwości z tym związanych odczuwanych przez Ubezpieczonego, chyba że istnieje dokumentacja medyczna potwierdzająca ten stan (badania w postaci wyników prześwietlenia, rezonansu elektromagnetycznego lub tomografii komputerowej);
 - 3) choroby psychicznej lub zaburzeń umysłowych Ubezpieczonego, w tym wynikających ze stresu lub stanów wywołanych stresem, chyba że choroba lub zaburzenia zostaną zdiagnozowane przez psychiatrę;
 - 4) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 5) operacji lub leczenia Ubezpieczonego, które z medycznego punktu widzenia nie są niezbędne, w tym z operacji kosmetycznej lub upiększającej;
 - 6) samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy dokonane w stanie poczytalności czy niepoczytalności lub okaleczenia dokonane przez osobę trzecią na prośbę Ubezpieczonego;
 - 7) jakiegokolwiek popełnionego przez Ubezpieczonego przestępstwa, w tym wypadku drogowego, spowodowanego przez Ubezpieczonego;
 - 8) prawidłowej ciąży Ubezpieczonego;
 - 9) nieuzasadnionej odmowy przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub wykwalifikowanego personelu, chyba że miały one na celu ratowanie życia Ubezpieczonego w związku z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony;
 - 10) wypadku związanego z uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznego lub ekstremalnego sportu, takiego jak: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jazda konna, wspinaczka górską, speleologia i wspinaczka skałkowa, paralotniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierka, sporty obronne, kajakerstwo wysokogórskie, skoki do wody, nurkowanie bez sprzętu, albo wypadku związanego z czynnym udziałem ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach i treningach sportowych;
 - 11) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, który nie posiadał licencji na przewóz pasażerów.

HOSPITALIZACJA

5. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 niniejszego paragrafu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona dodatkowo, jeżeli hospitalizacja jest wynikiem:
- 1) choroby istniejącej Ubezpieczonego;
 - 2) bólu kręgosłupa lub innych dolegliwości z tym związanych, chyba że istnieje dokumentacja medyczna potwierdzająca ten stan; za taką dokumentację uznaje się historię choroby uzyskaną od odpowiedniego specjalisty lub od lekarza ubezpieczonego; w obu przypadkach konieczne może być udostępnienie wyników badań

- w postaci wyników prześwietlenia, rezonansu elektromagnetycznego lub tomografii komputerowej,
- 3) choroby psychicznej lub zaburzeń umysłowych, w tym wynikających ze stresu lub stanów wywołanych stresem, chyba że choroba lub zaburzenia zostaną zdiagnozowane przez lekarza uprawnionego do wydawania tego typu diagnoz,
 - 4) spożycia alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających chyba że zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lub pod nadzorem lekarza,
 - 5) operacji lub leczenia, które z medycznego punktu widzenia nie są niezbędne, w tym operacji kosmetycznej lub upiększającej,
 - 6) samookaleczenia, niezależnie od tego czy dokonane w stanie poczytalności, czy niepoczytalności lub okaleczenia dokonane przez osobę trzecią za zgodą ubezpieczonego,
 - 7) popełnienia przez ubezpieczonego jakiegokolwiek przestępstwa lub wykroczenia, w tym wypadku drogowego spowodowanego przez ubezpieczonego,
 - 8) choroby zawodowej ubezpieczonego,
 - 9) prawidłowej ciąży,
 - 10) nieuzasadnionej odmowy skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub wykwalifikowanego personelu, chyba że miały one związek ze zdarzeniem, w następstwie którego miała miejsce hospitalizacja ubezpieczonego,
 - 11) wypadków związanych z uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych lub ekstremalnych sportów, takich jak: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jazda konna, wspinaczka górską, speleologia i wspinaczka skałkowa, paralotniarstwo, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierka, sporty obronne, kajakerstwo wysokogórskie, skoki do wody, nurkowanie bez sprzętu, albo wypadku związanego z czynnym udziałem ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - 12) uczestnictwa ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, który nie posiadał licencji na przewóz pasażerów.

§ 11. Skargi i zażalenia

1. Ubezpieczający oraz Ubezpieczony mają prawo do wniesienia pisemnej skargi lub zażalenia, dotyczących realizacji przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia.
2. Skargi lub zażalenia należy przysyłać na adres:
Genworth Financial
ul. E. Plater 53
00-113 Warszawa
Budynek WFC
3. Odpowiedzi na skargi lub zażalenia udzielane są na piśmie niezwłocznie, najpóźniej w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania.

§ 12. Postanowienia końcowe

1. Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego składane w związku z umową ubezpieczenia powinny być przesyłane na adres podany w § 11 ust. 2.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z realizacji umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego.