

# Szczególne Warunki Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Pracy, Czasowej Niezdolności do Pracy lub Poważnego Zachorowania dla Posiadaczy Kart Płatniczych Kredytowych Banku Pekao S.A.

KOD: KKNL-PEKAO 01/13

## ROZDZIAŁ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania dla posiadaczy kart płatniczych kredytowych Banku Pekao S.A., zwanych dalej „SWU”, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem” udziela ochrony ubezpieczeniowej posiadaczom kart płatniczych kredytowych Banku Pekao S.A., w zakresie obejmującym wystąpienie u Ubezpieczonego utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.

2. Określeniom użytym w niniejszych SWU nadano następujące znaczenia:

- 1) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1, 81-731 Sopot, numer KRS 0000024812 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-000-16-90, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 185.980.900 zł, wykonujące działalność ubezpieczeniową za zezwoleniem Komisji Nadzoru Finansowego w Warszawie, Plac Powstańców Warszawy 1, 00-950 Warszawa;
- 2) **Ubezpieczający** - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, którego skrót firmy brzmi Bank Pekao S.A., z siedzibą w Warszawie, adres 00-950 Warszawa, ul. Grzybowska 53/57, wpisanym do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000014843, o numerze NIP: 5260006841, Regon: 000010205, o kapitale zakładowym opłaconym w kwocie 262.429.536 zł, według stanu na dzień 5 grudnia 2012 roku;
- 3) **Ubezpieczony** - Posiadacz karty objęty ubezpieczeniem;
- 4) **Posiadacz karty** - osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym umowę o limit i kartę;
- 5) **Uprawniony** - Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny podmiot upoważniony do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego wskazany przez Ubezpieczonego;
- 6) **karta** - karta płatnicza kredytowa Banku Pekao S.A. wydana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o limit i kartę;
- 7) **limit kredytowy** - przyznana przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o limit i kartę maksymalna kwota, do wysokości której może zadłużać się Posiadacz karty;
- 8) **umowa o limit i kartę** - umowa o limit kredytowy i kartę płatniczą kredytową Banku Pekao S.A.;
- 9) **ubezpieczenie** - ochrona ubezpieczeniowa udzielona przez Ubezpieczyciela na warunkach umowy ubezpieczenia oraz niniejszych SWU, w razie zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych w nich przewidzianych;
- 10) **deklaracja zgody** - oświadczenie o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem składane Ubezpieczającemu w sposób określony w Rozdziale 3 ust. 2 niniejszych SWU;
- 11) **system elektroniczny** - serwis automatyczny Ubezpieczającego umożliwiający dostęp do rachunku kart i składanie oświadczeń woli poprzez sieć Internet;
- 12) **świadczenie** - umówiona suma pieniężna wypłacana Uprawnionemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie niniejszych SWU;
- 13) **cykl rozliczeniowy** - miesięczny okres rozliczeniowy ustalany przy zawieraniu umowy o limit i kartę;
- 14) **utrata pracy** - zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy zawartego z Ubezpieczonym na czas nieokreślony i uzyskaniu w wyniku tego rozwiązania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego oraz uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonych w Rozdziale 9 niniejszych SWU;
- 15) **data utraty pracy** - dzień następujący po upływie 30 dni liczonych od daty rozwiązania z Ubezpieczonym stosunku pracy na czas nieokreślony, nie wcześniej jednak niż dzień następujący po dniu zarejestrowania się Ubezpieczonego jako bezrobotnego we właściwym Urzędzie Pracy i uzyskania uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa;
- 16) **czasowa niezdolność do pracy** - niemożność świadczenia dotychczasowej pracy przez Ubezpieczonego trwająca nieprzerwanie przez okres minimum 60 dni liczonych od pierwszego dnia niezdolności do pracy, potwierdzona zaświadczeniem lekarskim (druk ZUS ZLA), z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonych w Rozdziale 9 niniejszych SWU;
- 17) **data wystąpienia czasowej niezdolności do pracy** - dzień następujący po upływie 60 dni liczonych od pierwszego dnia czasowej niezdolności do pracy;
- 18) **poważne zachorowanie** - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową

w ramach umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonych w Rozdziale 9 niniejszych SWU:

- a) udar mózgu - nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych; rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu;
- b) niewydolność nerek - schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
- c) chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych - operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych;
- d) przeszczep narządu - leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu Ubezpieczonemu, jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: serca, płuca, wątroby, nerki lub szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania zabiegu w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji uprawnionej instytucji w działającym zgodnie z prawem szpitalu i przez uprawnionego lekarza;
- e) utratę wzroku - całkowita i nieodwracalna utrata widzenia obuocznego w wyniku choroby lub wypadku nie podlegająca korekcji w rezultacie zabiegów medycznych; wystąpienie ślepoty musi być potwierdzone wynikiem badania okulistycznego;
- f) poparzenie - oparzenie III stopnia obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała; wymagane jest przedstawienie karty informacyjnej z leczenia szpitalnego określającego stopień oparzenia oraz odsetek oparzonej powierzchni ciała;
- g) stwardnienie rozsiane - stwardnienie rozsiane musi być jednoznacznie rozpoznane przez lekarza neurologa w oparciu o wynik badania klinicznego; zmiany neurologiczne muszą występować u osoby ubezpieczonej nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy lub muszą być potwierdzone dwoma pobytami szpitalnymi; dodatkowo muszą występować potwierdzone objawy demielinizacyjne oraz zaburzenia czynności ruchowej oraz czuciowej;
- h) angioplastyka wieńcowa - zabieg polegający na wprowadzeniu do zwężonego naczynia cewnika z balonikiem, udrożnieniu naczynia krwionośnego z użyciem lasera lub użyciu innych technik w celu poszerzenia znaczącego zwężenia dwóch lub więcej naczyń wieńcowych (zwężenie każdego z naczyń wynosić powinno co najmniej w 70%). Zasadność wykonania zabiegu musi zostać potwierdzona przez lekarza kardiologa;
- i) łagodny guz mózgu - obecność zagrażającego życiu niezłośliwego guza w obrębie tkanki mózgowej z towarzyszącymi objawami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego w postaci obrzęku tarczy nerwu wzrokowego (tarcza zastoinowa), występowania napadów padaczkowych lub istnienia czynnościowych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii i udokumentowane wynikami badań obrazowych, takich jak tomografia komputerowa (CT) lub magnetyczny rezonans jądrowy (NMR);

- j) zawał serca - pierwszy w życiu Ubezpieczonego przypadek martwicy części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania dopływu krwi; rozpoznanie musi być oparte na łącznym wystąpieniu typowych objawów: bóle klatki piersiowej, świeże zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz znacznie zwiększony poziom enzymów sercowych we krwi;
  - k) nowotwór (rak) - guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów; nie są objęte odpowiedzialnością Ubezpieczyciela nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry;
- w dacie osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ulega ograniczeniu do chorób wskazanych w ppkt a)-i);
- 19) **data wystąpienia poważnego zachorowania** - dzień, w którym łącznie wystąpiły wszystkie okoliczności pozwalające na zakwalifikowanie danej choroby jako poważnego zachorowania;
  - 20) **data wymagalności spłaty** - 24-ty dzień po upływie cyklu rozliczeniowego;
  - 21) **umowa ubezpieczenia** - Umowa grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania dla posiadaczy kart kredytowych Banku Pekao S.A. Nr CAUG/003/10/BWZB;
  - 22) **wiek emerytalny** - wiek wynikający z Ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 153, poz. 1227, z późn. zm.), po osiągnięciu którego Ubezpieczony nabywa prawo do emerytury;
  - 23) **nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie powstałe wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
  - 24) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - odpowiednio jedno ze zdarzeń wskazanych w pkt 14), 16) lub 18) powyżej.

## ROZDZIAŁ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest ryzyko wystąpienia u Ubezpieczonego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie w zależności od statusu zatrudnienia wskazanego poniżej, w wysokości określonej w Rozdziale 5, w razie zajścia następujących zdarzeń ubezpieczeniowych:
  - 1) utraty pracy przez Ubezpieczonego - w odniesieniu do Posiadaczy kart, którzy do dnia zajścia niniejszego zdarzenia byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub w ramach stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony,
  - 2) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego - w odniesieniu do Posiadaczy kart, którzy w dniu rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy prowadzili działalność gospodarczą (indywidualnie lub w formie spółki osobowej) lub byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony albo

wykonywali działalność zarobkową w innej formie (z wyłączeniem umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony),

3) poważnego zachorowania Ubezpieczonego - w odniesieniu do Posiadaczy kart, którzy w dniu rozpoznania poważnego zachorowania uzyskiwali przychody z tytułu emerytury lub renty lub innych źródeł oraz nie uzyskiwali przychodów z tytułu źródeł opisanych w pkt 1) i 2) powyżej.

### ROZDZIAŁ 3. OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty każdy Posiadacz karty, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia spełnia wszystkie warunki określone poniżej:

1) ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych:

a) dla ryzyka czasowej niezdolności do pracy oraz dla ryzyka

poważnego zachorowania - 70 lat,

b) dla ryzyka utraty pracy - wieku emerytalnego,

2) ma miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem Posiadacza karty, o którym mowa w ust. 1, jest, aby złożył on deklarację zgody nie wcześniej niż w chwili zawierania umowy o limit i kartę w jeden z poniższych sposobów:

1) pisemnie - na formularzu deklaracji zgody przedłożonym przez Ubezpieczającego,

2) poprzez akceptację treści deklaracji zgody w systemie elektronicznym w sposób przewidziany dla potwierdzenia operacji finansowych dokonywanych przy użyciu systemu elektronicznego.

3. Złożenie deklaracji zgody w chwili zawierania umowy o limit i kartę następuje w sposób określony w ust. 2 pkt 1). Złożenie deklaracji zgody po dacie zawarcia umowy o limit i kartę następuje w dowolny sposób określony w ust. 2.

4. Odstąpienie przez Posiadacza karty od umowy o limit i kartę w terminie określonym w umowie o limit i kartę skutkuje jednoczesną rezygnacją Posiadacza karty z ubezpieczenia.

W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się. W przypadku dokonania wpłaty składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu Ubezpieczającemu wpłaconej składki ubezpieczeniowej w całości.

5. Niezależnie od postanowień ust. 4, Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie w tym przedmiocie.

Ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana jest wówczas do ostatniego dnia cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

6. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia złożenia deklaracji zgody.

7. Ubezpieczeniem nie są objęci użytkownicy kart dodatkowych wydanych przez Ubezpieczającego w ramach umowy o limit i kartę. W przypadku, kiedy stroną umowy o limit i kartę jest dwóch lub więcej Posiadaczy kart, ubezpieczeniem objęci są wyłącznie jeden Posiadacz karty.

### ROZDZIAŁ 4. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 - 4 poniżej, ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu następującym po dniu złożenia deklaracji zgody, zgodnie z postanowieniami Rozdziału 3 ust. 2.

2. Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego w przypadku zajścia:

1) utraty pracy rozpoczyna się 90 dnia po dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody,

2) czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się 60 dnia po dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody, o ile niezdolność ta nie powstała wskutek nieszczęśliwego wypadku; odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy powstałej wskutek nieszczęśliwego wypadku, rozpoczyna się dnia następnego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody.

3. W okresie 90 dni po dniu złożenia przez Ubezpieczonego deklaracji zgody, w sytuacji, kiedy posiada on status zatrudnienia, uprawniony do otrzymania świadczenia w razie utraty pracy, udzielana jest mu ochrona ubezpieczeniowa na wypadek poważnego zachorowania.

4. W przypadku, gdy po dniu złożenia deklaracji zgody następuje zmiana statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na taki, który powoduje nabycie praw do otrzymania świadczenia w razie utraty pracy, przez kolejne 90 dni od dnia takiej zmiany statusu zatrudnienia udzielana jest wyłącznie ochrona ubezpieczeniowa na wypadek poważnego zachorowania. Po tym okresie przysługuje ochrona ubezpieczeniowa na zasadach opisanych w Rozdziale 2, w zależności od aktualnego statusu zatrudnienia. Do okresu 90 dni wlicza się czas zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na okres próbny, jeżeli nastąpiło po nim zatrudnienie przez tego samego pracodawcę.

### ROZDZIAŁ 5. SUMA UBEZPIECZENIA - WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Przysługujące świadczenie miesięczne z tytułu utraty pracy równe jest kwocie odpowiadającej minimalnej kwocie spłaty zadłużenia wymaganej przez Ubezpieczającego w dacie wymagalności spłaty przypadającej po dacie utraty pracy. Kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć 10% średniego miesięcznego zadłużenia z okresu 3 miesięcy poprzedzających wypowiedzenie umowy o pracę lub stosunku służbowego, których stroną jest Ubezpieczony.

2. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 1, przestaje być wypłacane począwszy od:

1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny,

2) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia,

3) pierwszego dnia po utracie statusu bezrobotnego,

4) pierwszego dnia po utracie prawa do zasiłku dla bezrobotnych.

3. Łączna liczba świadczeń miesięcznych Ubezpieczyciela z tytułu utraty pracy przez Ubezpieczonego w każdym 36-miesięcznym okresie obejmowania ubezpieczeniem, nie może przekroczyć 12 bez względu na liczbę zdarzeń w tym okresie.

4. Przysługujące świadczenie miesięczne z tytułu wystąpienia czasowej niezdolności do pracy równe jest kwocie odpowiadającej minimalnej kwocie spłaty zadłużenia wymaganej przez Ubezpieczającego w dacie wymagalności spłaty przypadającej

po dacie wystąpienia czasowej niezdolności do pracy. Kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć 10% średniego miesięcznego zadłużenia z okresu 3 miesięcy poprzedzających datę wystąpienia czasowej niezdolności do pracy.

5. Łączna liczba świadczeń miesięcznych Ubezpieczyciela z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w każdym 12-miesięcznym okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej nie może przekroczyć 6, bez względu na liczbę zdarzeń w tym okresie.

6. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 4, przestaje być wypłacane począwszy od:

- 1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
- 2) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
- 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.

7. Jeżeli nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi przed upływem 30 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 4, przypadającego na okres kolejnej czasowej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu czasowej niezdolności do pracy.

8. Jeżeli nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi po upływie 30 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie czasowej niezdolności do pracy.

9. Przysługujące świadczenie miesięczne z tytułu poważnego zachorowania równe jest kwocie odpowiadającej minimalnej kwocie spłaty zadłużenia wymaganej przez Ubezpieczającego w dacie wymagalności spłaty przypadającej po dacie wystąpienia poważnego zachorowania. Kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć 10% średniego miesięcznego zadłużenia z okresu 3 miesięcy poprzedzających datę wystąpienia poważnego zachorowania.

10. Świadczenie miesięczne z tytułu każdego kolejnego poważnego zachorowania wypłacane jest przez okres 6 miesięcy.

11. Z zastrzeżeniem właściwych postanowień Rozdziału 7, Ubezpieczyciel dokonuje wpłaty świadczenia miesięcznego z tytułu wystąpienia danego zdarzenia ubezpieczeniowego, w przypadku, gdy Uprawnionym jest Ubezpieczający, na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek karty, nie później niż w dacie wymagalności spłaty.

12. Kalkulacja rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma wpływu na wysokość świadczeń, o których mowa w ust. 1, ust. 4 i ust. 9 powyżej.

## **ROZDZIAŁ 6. SKŁADKI**

1. Z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w terminach miesięcznych. Składki, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, finansowane są ze środków Ubezpieczonego. Roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej przysługuje Ubezpieczycielowi wyłączenie przeciwko Ubezpieczającemu.

2. Wysokość składki ubezpieczeniowej jest zależna od wysokości salda zadłużenia na ostatni dzień cyklu rozliczeniowego oraz procentowej stawki za ubezpieczenie, w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do niniejszych SWU.

## **ROZDZIAŁ 7. UPRAWNIENIE DO ŚWIADCZENIA I WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych wypłacane są Uprawnionemu wskazanemu przez Ubezpieczonego.

2. W sytuacji, kiedy Uprawnionym jest Ubezpieczający, wypłacone jemu świadczenie przeznaczane jest na spłatę zobowiązań Ubezpieczonego wynikających z umowy o limit i kartę.

3. Ubezpieczony powinien powiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego niezwłocznie po dacie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, telefonicznie, poprzez kontakt z Ubezpieczycielem pod numerem telefonu: 58 559 40 40.

4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 5 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 Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

5. Do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia potrzebne są następujące dokumenty:

- 1) w przypadku utraty pracy - każdorazowo po utracie pracy:
  - a) zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku,
  - b) ostatnia umowa o pracę,
  - c) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia,
  - d) inne dokumenty potrzebne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę lub wysokości świadczenia niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania mającego na celu rozpatrzenie roszczenia, o których Ubezpieczyciel informuje osobę występującą z roszczeniem,
- oraz przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:
  - e) dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności minimalnej spłaty zadłużenia,
- 2) w przypadku czasowej niezdolności do pracy - każdorazowo po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy:
  - a) zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA), określające przewidywany okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
  - b) zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony w dniu rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy,
  - c) inne dokumenty potrzebne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę lub wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja

medyczna) niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania mającego na celu rozpatrzenie roszczenia, o których Ubezpieczyciel informuje osobę występującą z roszczeniem, oraz przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:

d) zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) za okres, w którym przypada termin płatności minimalnej spłaty zadłużenia,

3) w przypadku poważnego zachorowania:

a) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,

b) zaświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dacie wystąpienia poważnego zachorowania,

c) inne dokumenty potrzebne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna) niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania mającego na celu rozpatrzenie roszczenia, o których Ubezpieczyciel informuje osobę występującą z roszczeniem.

6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, mogą być dostarczane jako kopie. Ubezpieczyciel może zażądać oryginałów tych dokumentów do wglądu. Dokumenty powinny być dostarczane na koszt osoby zgłaszającej roszczenie. W przypadku gdy dostarczone przez osobę zgłaszającą roszczenie dokumenty są niekompletne Ubezpieczyciel informuje osobę zgłaszającą roszczenie o brakujących dokumentach.

W przypadku braku dokumentów wymienionych w ust. 5, Ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego, w jakim stopniu brak dokumentów miał wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia lub wysokości świadczenia.

7. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazałyby się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 7 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

8. Jeżeli w terminach określonych w niniejszych SWU Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

10. Jeżeli osoba zgłaszająca roszczenie nie zgadza się z ustaleniami Ubezpieczyciela co do odmowy zaspokojenia roszczenia albo co do wysokości świadczenia, może w ciągu 30 dni od dnia otrzymania stanowiska Ubezpieczyciela zgłosić na piśmie wniosek o ponowne rozpatrzenie sprawy przez Ubezpieczyciela.

11. Świadczenie podlega opodatkowaniu na zasadach określonych w Załączniku nr 2 do niniejszych SWU.

## ROZDZIAŁ 8. WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonego:

1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,

2) w ubezpieczeniu utraty pracy - ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek emerytalny,

3) w dniu zgonu Ubezpieczonego,

4) w odniesieniu do świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy - od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony

nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,

5) z dniem rozwiązania umowy o limit i kartę,

6) z dniem utraty ważności karty, o ile w jej miejsce nie wydano nowej karty (w sytuacji kiedy jest ona jedyną kartą wydaną w związku z zawarciem danej umowy o limit i kartę),

7) z ostatnim dniem cyklu rozliczeniowego, w którym doszło do rozwiązania umowy ubezpieczenia,

8) w ostatnim dniu cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony pisemnie zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej.

## ROZDZIAŁ 9. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. W odniesieniu do świadczenia z tytułu utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy:

1) utrata pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty objęcia ubezpieczeniem;

2) kolejna utrata pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty poprzedniej utraty pracy;

3) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy w wyniku jego wypowiedzenia przez pracownika;

4) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy za porozumieniem stron, za wyjątkiem porozumienia stron dokonanego w ramach grupowego zwolnienia w rozumieniu przepisów o zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników;

5) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa pracy.

2. W odniesieniu do świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:

1) usiłowania popełnienia samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem,

2) działania Ubezpieczonego wywołanego spożyciem alkoholu, zażyciem narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,

3) aktów wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwa w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu,

4) eksplozji atomowej oraz napromieniowania (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),

5) następstw i konsekwencji chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,

- 6) umyślnego lub będącego skutkiem rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego niezastosowania się do zaleceń lekarza, co miało wpływ na rozwój choroby,
- 7) poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek ze zdarzeniem ubezpieczeniowym,
- 8) zdarzeń powstałych podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
- 9) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pływaniarstwo, szybownictwo oraz czynnego udziału w zawodach związanych z wyczynowym uprawianiem sportu, wyścigach i rajdach (z wyłączeniem rajdów pieszych),
- 10) uczestnictwa w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nieposiadającego licencji na przewóz pasażerów,
- 11) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego.

## ROZDZIAŁ 10. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelka korespondencja adresowana do Ubezpieczyciela powinna być przekazywana w formie pisemnej, na adres: Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot.
2. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub innego Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Skargi i zażalenia Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika Ubezpieczyciela, w terminie 30 dni, po przesłaniu ich w formie pisemnej do Ubezpieczyciela na adres: 81-731 Sopot, ul. Hestii 1, lub mailem na adres: skargi@ergohestia.pl, bądź też mogą być kierowane do Miejskiego i Powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.
4. Po rozpatrzeniu skarg i zażeń, o których mowa w ust. 3, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie listem poleconym lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w treści skargi lub zażenia lub przez Rzecznika Ubezpieczonych.
5. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie od dnia 1.01.2013 roku.

## ZAŁĄCZNIKI DO SZCZEGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA

**Załącznik 1. Składka ubezpieczeniowa**

**Załącznik 2. Zasady opodatkowania świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia**

## ZAŁĄCZNIK 1

### SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia Posiadacza karty w ramach Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Posiadaczy kart kredytowych Banku Pekao S.A. Nr CAUG/003/10/BWZB, na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania posiadaczy kart płatniczych kredytowych Banku Pekao S.A. (kod: KKNL-PEKAO 01/13), w danym miesiącu obliczana jest według wzoru:

**Stawka za ubezpieczenie\* saldo zadłużenia z ostatniego dnia cyklu rozliczeniowego:**

Zakres ubezpieczenia	Stawka za ubezpieczenie
Utrata pracy albo czasowa niezdolność do pracy albo poważne zachorowanie	0,20%

## ZAŁĄCZNIK 2

### ZASADY OPODATKOWANIA ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA

#### OPODATKOWANIE KWOT OTRZYMANYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZEŃ MAJĄTKOWYCH I OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176, z późn. zm.), zwanej dalej u.o.p.d.o.f., od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

- a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnej, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c u.o.p.d.o.f.
- b) dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi

#### OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU USTAWY O PODATKU OD SPADKÓW I DAROWIZN

W myśl art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po Ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadków, stosownie do art. 1 ust. 1 pkt 1 oraz art. 14 i 15 ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768, z późn. zm.).

## **EGZEKUCJA SĄDOWA ŚWIADCZEŃ I ODSZKODOWAŃ**

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz.U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez Ministrów Finansów i Sprawiedliwości.

W myśl § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów oraz Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej (Dz. U. z 1986, Nr 26, poz. 128), świadczenia pieniężne z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań z zastrzeżeniem art. 832 i art. 833 § 5 kpc. Powyższe ograniczenia nie mają zastosowania do egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.