



Szczególne Warunki Ubezpieczenia na Życie dla Posiadaczy Kart Płatniczych Kredytowych Banku Pekao S.A.

KOD: KKL-PEKAO 01/13

ROZDZIAŁ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia na życie dla posiadaczy kart płatniczych kredytowych Banku Pekao S.A., zwanych dalej również „SWU”, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem” udziela ochrony ubezpieczeniowej posiadaczom kart płatniczych kredytowych Banku Pekao S.A., w zakresie śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałego inwalidztwa, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.

2. Określeniom użytym w niniejszych SWU nadano następujące znaczenia:

- 1) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Hestii 1, numer KRS 0000024807 Sądu Rejonowego Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 585-12-45-589, wysokość kapitału zakładowego, który został opłacony w całości: 64.000.000 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) **Uposażony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczającego, za uprzednią zgodą Ubezpieczonego, uprawniony do świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego;
- 6) **Uprawniony** - Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inny podmiot upoważniony do świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych innych niż śmierć Ubezpieczonego wskazany przez Ubezpieczonego;
- 7) **karta** - karta płatnicza kredytowa Banku Pekao S.A. wydana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o limit i kartę;
- 8) **limit kredytowy** - przyznana przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o limit i kartę maksymalna kwota, do wysokości której może zadłużyć się Posiadacz karty;
- 9) **umowa o limit i kartę** - umowa o limit kredytowy i kartę płatniczą kredytową Banku Pekao S.A.;
- 10) **ubezpieczenie** - ochrona ubezpieczeniowa udzielona przez Ubezpieczyciela na warunkach umowy ubezpieczenia oraz niniejszych SWU, w razie zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych w nich przewidzianych;
- 11) **deklaracja zgody** - oświadczenie o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem składane Ubezpieczającemu w sposób określony w Rozdziale 3 ust. 2 niniejszych SWU;
- 12) **system elektroniczny** - serwis automatyczny Ubezpieczającego umożliwiający dostęp do rachunku kart i składanie oświadczeń woli poprzez sieć Internet;
- 13) **świadczenie** - umówiona suma pieniężna wypłacana Uprawnionemu lub Uposażonemu w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie niniejszych SWU;
- 14) **cykl rozliczeniowy** - miesięczny okres rozliczeniowy ustalany przy zawieraniu umowy o limit i kartę;
- 15) **śmierć** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w Rozdziale 10 niniejszych SWU;
- 16) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony orzeczeniem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o całkowitej niezdolności do pracy oraz dodatkową dokumentacją medyczną, uzyskaną w trybie określonym w Rozdziale 8 niniejszych SWU, w przypadku, gdy jest ona potrzebna do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w Rozdziale 10 niniejszych SWU;
- 17) **trwałe inwalidztwo** - powstała na skutek nieszczęśliwego wypadku:
 - a) całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad kończyną górną (w stawie barkowym, powyżej stawu łokciowego, poniżej stawu łokciowego, poniżej nadgarstka), kończyną dolną (powyżej środkowej części uda, poniżej środkowej części uda, poniżej stawu kolanowego, poniżej środkowej części podudzia, stopą, stopą z wyłączeniem pięty),
 - b) całkowita fizyczna utrata kciuka, palca wskazującego innego palca u ręki, palucha lub innego palca u stopy,
 - c) całkowita utrata: wzroku w obu oczach, wzroku w jednym oku, słuchu w obu uszach, słuchu w jednym uchu lub węchu;trwałe inwalidztwo stwierdza się na podstawie dokumentacji lekarskiej, zaś za dzień wystąpienia trwałego inwalidztwa przyjmuje się datę zajścia nieszczęśliwego wypadku;
- 18) **data wymagalności spłaty** - 24-ty dzień po upływie cyklu rozliczeniowego;
- 19) **nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie powstałe wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;

20) **umowa ubezpieczenia** - Umowa grupowego ubezpieczenia na życie posiadaczy kart kredytowych Banku Pekao S.A. nr KK-PEKAO 01/10, zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;

21) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - odpowiednio jedno ze zdarzeń wskazanych w Rozdziale 2 ust. 2 powodujące powstanie zobowiązania Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia.

ROZDZIAŁ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:

- 1) śmierci Ubezpieczonego,
- 2) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego - w odniesieniu do Posiadaczy kart, którzy w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową:
 - a) są zdolni do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym i
 - b) nie posiadają stwierdzonego prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego,
- 3) trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego - w odniesieniu do Posiadaczy kart, którzy w dniu objęcia ubezpieczeniem:
 - a) są całkowicie lub częściowo niezdolni do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub mają ustalone prawo do renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego albo
 - b) mają ustalone prawo do emerytury z ubezpieczenia społecznego.
3. Ubezpieczeni, którzy w okresie trwania ubezpieczenia spełnili którąkolwiek z przesłanek do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa, wymienionych w ust. 2 pkt 3) powyżej, obejmowani są ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa, począwszy od dnia spełnienia tej przesłanki. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ustaje z końcem dnia poprzedzającego dzień, o którym mowa w zdaniu poprzednim.
4. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień SWU, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 5.

ROZDZIAŁ 3. OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

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 70 lat,
 - 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 zobowiązuje się 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 obejmowani 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 obejmowany jest wyłącznie jeden Posiadacz karty.

ROZDZIAŁ 4. POCZĄTEK ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się w dniu następującym po dniu złożenia deklaracji zgody, zgodnie z postanowieniami Rozdziału 3 ust. 2.

ROZDZIAŁ 5. SUMA UBEZPIECZENIA - WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. Suma ubezpieczenia równa jest:

- 1) kwocie zadłużenia wynikającego z operacji dokonanych przy użyciu karty, oraz
- 2) odsetkom, według przewidzianej umową o kartę oprocentowania, liczoną od nieprzeterminowanych należności za okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 60 dni,
- 3) innym opłatom i prowizjom naliczanym w związku z korzystaniem z karty.

Maksymalna wysokość sumy ubezpieczenia wynosi 50.000 zł (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych).

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia obliczanej na dzień poprzedzający dzień śmierci Ubezpieczonego.

3. W razie uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej na dzień poprzedzający dzień wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (jeśli został on określony w orzeczeniu lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) lub na dzień poprzedzający dzień orzeczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (jeśli dzień wystąpienia całkowitej niezdolności do pracy nie został określony w orzeczeniu lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych).

4. W przypadku trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia stanowiącego wskazany w ust. 5 procent sumy ubezpieczenia obliczanej na dzień poprzedzający dzień, w którym nastąpił nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałego inwalidztwa.

5. Procent sumy ubezpieczenia odpowiada procentowi trwałego inwalidztwa przypisanemu poniżej do danego zdarzenia:

1)	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami	% trwałego inwalidztwa
a)	kończyną górną - w stawie barkowym	70%
b)	kończyną górną - powyżej stawu łokciowego	65%
c)	kończyną górną - poniżej stawu łokciowego	60%
d)	kończyną górną - poniżej nadgarstka	55%
e)	kończyną dolną - powyżej środkowej części uda	70%
f)	kończyną dolną - poniżej środkowej części uda	60%
g)	kończyną dolną - poniżej stawu kolanowego	50%
h)	kończyną dolną - poniżej środkowej części (podudzia)	45%
i)	kończyną dolną - stopą	40%
j)	kończyną dolną - stopą z wyłączeniem pięty	30%
2)	Całkowita fizyczna utrata	% trwałego inwalidztwa
a)	kciuka	15%
b)	palca wskazującego	10%
c)	innego palca u ręki	5%
d)	palucha	5%
e)	innego palca u stopy	2%
3)	Całkowita utrata	% trwałego inwalidztwa
a)	wzroku w obu oczach	100%
b)	wzroku w jednym oku	50%
c)	słuchu w obu uszach	60%
d)	słuchu w jednym uchu	30%
e)	węchu	10%

6. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną trwałego inwalidztwa.

7. Jeżeli trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 5, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczoneму świadczenie równe kwocie wyliczonej w oparciu o sumę wskazań procentowych zgodnie z ust. 5, z zastrzeżeniem ust. 8 i 9.

8. Suma wskazań procentowych określonych w ust. 5, będących podstawą do wypłacenia Ubezpieczoneму świadczeń z tytułu trwałego inwalidztwa w całym okresie ubezpieczenia, nie może przekroczyć 100%.

9. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie wyliczone w oparciu o najwyższe ze wskazań procentowych określonych w ust. 5, które dotyczą tego narządu.

10. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 5 procent sumy ubezpieczenia, pomniejszony o procent świadczenia wcześniej wypłaconego, dotyczącego tego narządu.

11. Kalkulacja rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma wpływu na wysokość wypłaty świadczeń, o których mowa w ust. 2, ust. 3 i ust. 4 powyżej.

ROZDZIAŁ 6. SKŁADKI

1. Z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek z częstotliwością miesięczną. Składki, o których mowa w zdaniu poprzednim, finansowane są ze środków Ubezpieczonego. Roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej przysługuje Ubezpieczycielowi wyłącznie 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 Uposażonemu lub Uprawnionemu.

2. W sytuacji, kiedy Uposażonym lub Uprawnionym jest Ubezpieczający, wypłacone jemu świadczenie przeznaczone 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 śmierci:

a) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
b) zaświadczenia o przyczynie śmierci (karta zgonu),
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;

2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:

a) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
b) 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;

3) w przypadku trwałego inwalidztwa:

a) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego (w tym zaświadczenie lekarskie stwierdzające rodzaj doznanych obrażeń lub karta leczenia szpitalnego),
b) dokumentacja dotycząca nieszczęśliwego wypadku (np. dokument udzielenia pierwszej pomocy bezpośrednio po zajściu wypadku, protokół BHP, notatka policyjna),
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).

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 okazałoby 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. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony powinien zgodnie z zaleceniami lekarza poddać się leczeniu bez zwłoki. Na prośbę i na koszt Ubezpieczyciela, powinien poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z realizacją postanowień umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku niedopełnienia przez Ubezpieczonego z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązków wymienionych ust. 1 niniejszego Rozdziału, Ubezpieczyciel odmawia wypłaty świadczenia w całości lub w odpowiedniej części w zależności od tego, w jakim stopniu niedopełnienie tych obowiązków miało wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia lub wysokości świadczenia.

ROZDZIAŁ 9. WYGASNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonego:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
- 2) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
- 3) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
- 4) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałego inwalidztwa ustalonego na poziomie 100% - zgodnie z Rozdziałem 5 ust. 8,
- 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) z ostatnim dniem cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony pisemnie zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej.

ROZDZIAŁ 10. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w wyniku:

- 1) 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 z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 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, pletwonurkowanie, 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 nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
- 11) umyślnego samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ 11. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelka korespondencja adresowana do Ubezpieczyciela powinna być przekazywana w formie pisemnej, na adres: Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, ul. Hestii 1, 81 - 731 Sopot.
2. Sprawy sporne, wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub innego Uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie stosowne przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (j.t. Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 ze zm.).

4. Skargi i zażalenia Ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia rozpatrywane są przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika Ubezpieczyciela, w terminie 30 dni, po przestaniu 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.
5. Po rozpatrzeniu skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 4, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie listem poleconym lub w innej uzgodnionej formie na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia lub przez Rzecznika Ubezpieczonych.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie od dnia 1 stycznia 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 życie posiadaczy kart kredytowych Banku Pekao S.A. Nr KK-PEKAO 01/10, na podstawie Szczególnych Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Posiadaczy Kart Płatniczych Kredytowych Banku Pekao S.A. (kod: KKL-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
1) Śmierć 2) Trwała i całkowita niezdolność do pracy albo trwałe inwalidztwo	0,25%

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.