



Warunki Ubezpieczenia na Życie Pożyczkobiorców Pożyczek Inteligo Udzielonych przez PKO BP S.A.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

Na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, zwane dalej „Ubezpieczycielem”, udziela ochrony ubezpieczeniowej osobom fizycznym, które zawarły, z Powszechną Kasą Oszczędności Bankiem Polskim Spółką Akcyjną, zwaną dalej „Ubezpieczającym”, umowę pożyczki, oferowaną posiadaczom Konta Inteligo, przy użyciu systemu transakcyjnego Inteligo, zwaną dalej „umową pożyczki”.

§ 2

Terminom użytym w niniejszych warunkach ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **całkowita trwała niezdolność do pracy** - niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie, zarówno w dniu potwierdzenia istnienia tej niezdolności jak i przewidywalnej przyszłości, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; niezdolność do pracy musi być dodatkowo stwierdzona orzeczeniem organu rentowego (ZUS) i ustalana jest przez Ubezpieczyciela po upływie okresu określonego powyżej; Ubezpieczyciel może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lekarskich zleconych przez Ubezpieczyciela potwierdzających całkowitą, trwałą i nieodwracalny charakter niezdolności do pracy; koszty badań zleconych przez Ubezpieczyciela ponosi Ubezpieczyciel;
- 2) **czasowa niezdolność do pracy** - niezdolność do pracy w rozumieniu przepisów polskiego kodeksu pracy, w okresie której Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wynagrodzenia, zasiłku chorobowego lub zasiłku rehabilitacyjnego;
- 3) **deklaracja zgody** - pisemne oświadczenie Pożyczkobiorcy o zgodzie na objęcie ubezpieczeniem, stanowiące załącznik do umowy pożyczki i składane najpóźniej przy jej zawarciu u Ubezpieczającego;
- 4) **inna umowa ubezpieczenia** - umowa grupowego ubezpieczenia na życie pożyczkobiorców zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem inna niż umowa ubezpieczenia,
- 5) **karencja** - okres braku odpowiedzialności Ubezpieczyciela występujący w sytuacjach wskazanych w § 7;
- 6) **nieszczęśliwy wypadek** - nagłe, niezależne od woli Ubezpieczonego i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) **pierwotny harmonogram spłat pożyczki** - dokument określający terminy płatności wszystkich rat przewidzianych umową pożyczki, wysokości tych rat i poziom zadłużenia klienta w ramach umowy pożyczki po spłacie każdej z rat, sporządzony w dniu zawarcia umowy pożyczki;
- 8) **poważne zachorowanie** - określone w § 4 zdarzenie dotyczące zdrowia Ubezpieczonego, zaistniałe (zdiagnozowane) w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 9) **pożyczka** - pożyczka gotówkowa udzielona Ubezpieczonemu przez

Ubezpieczającego przy użyciu systemu transakcyjnego Inteligo na podstawie umowy pożyczki;

- 10) **Pożyczkobiorca** - osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym umowę pożyczki;
- 11) **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;
- 12) **Ubezpieczający** - Powszechna Kasa Oszczędności Banki Polski Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Puławskiej 15;
- 13) **Ubezpieczony** - Pożyczkobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 14) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1;
- 15) **umowa ubezpieczenia** - Umowa ubezpieczenia na życie Pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez Powszechną Kasę Oszczędności Bank Polski Spółkę Akcyjną zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem;
- 16) **Uposażony** - podmiot uprawniony do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 17) **Uprawniony** - Ubezpieczony, Ubezpieczający, Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia ubezpieczeniowego;
- 18) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - odpowiednio jedno ze zdarzeń wskazanych w § 3 ust. 2, powodujące powstanie zobowiązania Ubezpieczyciela polegającego na wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w zakresie określonym w dalszej części niniejszych warunków ubezpieczenia, jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia dotyczące Ubezpieczonego:
 - 1) zgon,
 - 2) całkowitą trwałą niezdolność do pracy,
 - 3) czasową niezdolność do pracy,

- 4) poważne zachorowanie,
- 5) trwałe inwalidztwo.

§ 4

Za poważne zachorowanie uważa się:

- 1) zawał mięśnia sercowego - martwica części mięśnia sercowego spowodowana ostrym niedokrwieniem, której rozpoznanie potwierdzone musi być wystąpieniem trzech z wymienionych poniżej objawów:
 - a) typowy ból dławicowy stwierdzony w wywiadzie,
 - b) nowe, nie występujące dotychczas, zmiany w obrazie EKG charakterystyczne dla przebytego zawału mięśnia sercowego,
 - c) charakterystyczny wzrost aktywności enzymów sercowych (CPK-MB, CPK),
 - d) charakterystyczny wzrost aktywności troponiny,
 - e) frakcja wyrzutowa lewej komory serca wynosząca mniej niż 45% (wg pomiaru uzyskanego w okresie co najmniej 3 miesięcy od daty zdarzenia);
- 2) operacyjne wykonanie pomostów naczyniowych (bypass) - dokonanie w działającym zgodnie z prawem szpitalu, przez uprawnionego lekarza i zgodnie ze wskazaniem lekarza zabiegu operacyjnego polegającego na wytworzeniu pomostów naczyniowych w celu ominięcia zwężonych lub całkowicie zamkniętych dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; z zakresu ubezpieczenia wyłączone zostają wszelkie inne zabiegi na naczyniach wieńcowych, w tym zabieg angioplastyki przeszłokrojowej;
- 3) udar mózgu - incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący objawy neurologiczne trwający dłużej niż 24 godziny i obejmujący:
 - a) zawał tkanki mózgowej,
 - b) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy,
 - c) zator materiałem pozaczaszkowym;wymagane jest utrzymywanie się utrwalonych ubytków neurologicznych przez okres dłuższy niż 3 miesiące (wymóg wskazany w niniejszym zdaniu nie ma zastosowania w odniesieniu do świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w następstwie udaru mózgu);
- 4) nowotwór złośliwy - choroba objawiająca się obecnością złośliwego guza, którą charakteryzuje niekontrolowany wzrost i rozprzestrzenianie się złośliwych komórek oraz naciekanie tkanek; pod pojęciem nowotwór złośliwy określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina); klasyfikacja nowotworów złośliwych musi być weryfikowana badaniem histologicznym; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) wszystkie nowotwory skóry poza czerniakiem złośliwym występującym w postaci inwazyjnej,
 - b) wszystkie nowotwory opisane histologicznie jako stadia przedinwazyjne,
 - c) nowotwory wykazujące zmiany typu carcinoma in situ, w tym dysplazja szyjki macicy,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia HIV;
- 5) niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obu nerek wymagającego stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia zabiegu przeszczepienia nerki;
- 6) 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;
- 7) 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;
- 8) paraliż - całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej dwóch kończynach, w wyniku porażenia spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą; wystąpienie porażenia musi być potwierdzone dokumentacją medyczną z okresu co najmniej trzech miesięcy przed dniem zgłoszenia roszczenia;
- 9) 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;
- 10) 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;
- 11) przeszczep zastawki serca - chirurgiczna wymiana jednej lub więcej zastawek serca z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca; pod pojęciem wszczepienia zastawki serca określa się wymianę zastawek: aortalnej, mitralnej, płucnej lub trójdzielnej z użyciem sztucznych lub natywnych zastawek serca, gdy powodem takiej wymiany jest zwężenie, niedomykalność zastawki lub kombinacja obu tych czynników; z zakresu ubezpieczenia zostają wyłączone:
 - a) walwuloplastyka,
 - b) walwulotomia,
 - c) komisurotomia;
- 12) operację aorty - leczenie operacyjne wykonywane z powodu choroby aorty polegające na wycięciu oraz chirurgicznej wymianie zmienionego chorobowo odcinka aorty z użyciem przeszczepu; pod pojęciem operacji aorty określa się operację aorty piersiowej lub brzusznej lecz nie ich odgałęzień; urazowe uszkodzenie aorty jest wyłączone z zakresu odpowiedzialności;
- 13) utratę mowy - całkowita i nieodwracalna utrata mowy w wyniku choroby lub urazu; utrata mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakkolwiek pomoc, przyrząd, leczenie lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie mowy;
- 14) śpiączkę - stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający przynajmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe oraz cechujący się obecnością deficytu neurologicznego powodującego upośledzenia stopnia sprawności Ubezpieczonego w co najmniej 25%; świadczenie zostanie wypłacone, jeżeli śpiączka trwała dłużej niż 60 dni;
- 15) utratę słuchu - obustronna i nieodwracalna utrata słuchu w

obu uszach (z progiem słyszalności powyżej 90 decybeli) w wyniku choroby lub urazu; świadczenie nie zostanie wypłacone, jeżeli zgodnie z wiedzą medyczną jakakolwiek pomoc, przyrząd lub wszczep spowoduje częściowe lub całkowite przywrócenie słuchu.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 5

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i 4, ubezpieczeniem może zostać objęty Pożyczkobiorca, który w dacie złożenia u Ubezpieczającego na adres PKO BP SA, Centrum Bankowości Elektronicznej, Pl. Bankowy 2, 00-095 Warszawa, dwóch jednobrzmiących i podpisanych przez Pożyczkobiorcę egzemplarzy deklaracji zgody, będzie miał ukończony 18 rok życia i jednocześnie w dacie zakończenia spłaty pożyczki nie będzie miał ukończonego 70 roku życia oraz zawarł z Ubezpieczającym umowę pożyczki.
2. Pożyczkobiorca, który w dacie złożenia deklaracji zgody nie będzie miał ukończonego 65 roku życia, obejmowany jest ubezpieczeniem obejmującym zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 3 ust. 2 pkt 1) - 3) i 5), z zastrzeżeniem § 6 ust. 1 - 3.
3. Pożyczkobiorca, który w dacie złożenia deklaracji zgody będzie miał ukończony 65 rok życia, obejmowany jest ubezpieczeniem obejmującym wyłącznie zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w § 3 ust. 2 pkt 1) i 4).
4. Pożyczkobiorca może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, z tytułu każdej zawartej z Ubezpieczającym umowy pożyczki, pod warunkiem, że:
 - 1) suma kwot pożyczek z tytułu dotychczasowych umów pożyczki, (w związku z którymi Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, innych umów ubezpieczenia zawartych przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem) oraz kolejnej (nowo zawieranej) umowy pożyczki nie przekracza 60.000 zł,
 - 2) deklaracja zgody została złożona przez Ubezpieczonego nie później niż w dniu zawarcia umowy pożyczki,
 - 3) umowa pożyczki zawarta została w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy jedną umowę pożyczki zawiera dwóch lub więcej Pożyczkobiorców, Ubezpieczeniem może zostać objęty tylko jeden z nich - wg wskazania Ubezpieczającego, zgodnie z zasadami obowiązującymi u Ubezpieczającego w tym zakresie spełniający kryteria, o których mowa w ust. 1 - 4.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie spełnia wymagań objęcia ochroną ubezpieczeniową, przewidzianych w niniejszych warunkach ubezpieczenia, lub gdy Ubezpieczający negatywnie zweryfikuje podpis Ubezpieczonego na deklaracji zgody, Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową.

§ 6

1. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy obejmowany jest Pożyczkobiorca, który w dniu objęcia ubezpieczeniem:
 - 1) jest zdolny do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym i
 - 2) nie posiada stwierdzonego prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego.
2. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa

objęty jest Pożyczkobiorca, który w dniu objęcia ubezpieczeniem nie spełnia żadnego z warunków wymienionych w ust. 1.

3. Ubezpieczony, który w okresie trwania umowy pożyczki spełnił przesłankę do objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa, o której mowa w ust. 2, obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa, począwszy od dnia spełnienia tej przesłanki. Z dniem objęcia Pożyczkobiorcy ochroną ubezpieczeniową z tytułu trwałego inwalidztwa ustaje odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy.

KARENCA

§ 7

1. Stosuje się karencję odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego - karencja trwa 30 dni,
 - 2) całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania Ubezpieczonego - karencja trwa 90 dni.
2. Karencja nie dotyczy zdarzeń będących skutkiem nieszczęśliwego wypadku.
3. Okres karencji liczony jest od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanej w § 15.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 8

1. Wysokość jednorazowej składki ubezpieczeniowej, należnej z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, uzależniona jest od oceny ryzyka, kwoty udzielonej pożyczki oraz długości okresu trwania umowy pożyczki.
2. Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo z góry za cały okres ubezpieczenia w terminie określonym w umowie ubezpieczenia.
3. Za niewykorzystany okres ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca składkę ubezpieczeniową wyliczoną za każdy dzień od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 9

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego oraz całkowitej trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wysokość sumy ubezpieczenia równa jest wysokości salda zadłużenia wynikającego z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki powiększonego o:
 - 1) odsetki (według przewidzianej umową pożyczki stopy procentowej) od nieprzeterminowanych należności (kapitału) należne na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz za okres od dnia następnego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak łącznie nie dłuższy niż 60 dni,
 - 2) odsetki karne od przeterminowanej kwoty kapitału za okres od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do daty podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o wypłacie świadczenia, jednak w kwocie nie większej niż 5% kwoty kapitału.
2. Ubezpieczyciel wypłaca Uposażonemu jednorazowo świadczenie

z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zgonu.

3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień orzeczenia w stosunku do Ubezpieczonego całkowitej trwałej niezdolności do pracy.

§ 10

1. W przypadku czasowej niezdolności do pracy sumę ubezpieczenia stanowi równowartość 12 miesięcznych rat kapitałowo-odsetkowych naliczanych zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki. Suma ubezpieczenia nie obejmuje odsetek od należności przeterminowanych ani kosztów związanych z obsługą i windykacją kwoty zadłużenia.

2. Świadczenie wypłacane jest miesięcznie w wysokości odpowiadającej kwocie każdej kolejnej miesięcznej raty kapitałowo-odsetkowej, której termin wymagalności przypada w okresie objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela czasowej niezdolności do pracy.

3. Łączna wysokość świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w całym okresie trwania ubezpieczenia, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia wskazanej w ust. 1.

§ 11

W przypadku poważnego zachorowania sumę ubezpieczenia stanowi 40% kwoty zadłużenia wynikającego z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki, aktualnego na koniec dnia wystąpienia (zdiagnozowania) poważnego zachorowania.

§ 12

1. W przypadku trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty Uprawnionemu (z zachowaniem pozostałych zasad opisanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia), określonego w ust. 3 procentu sumy ubezpieczenia równej kwocie salda zadłużenia wynikającego z pierwotnego harmonogramu spłat pożyczki, aktualnego na dzień, w którym nastąpił nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałego inwalidztwa, powiększonego o odsetki wskazane w § 9 ust. 1 pkt 1) i 2).

2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku zostanie wypłacone, jeżeli trwałe inwalidztwo nastąpiło przed upływem 180 dni od daty tego wypadku.

3. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu procent odpowiedniej sumy ubezpieczenia przypisany poniżej do danego zdarzenia:

	Całkowita fizyczna utrata lub całkowita i trwała utrata władzy nad poszczególnymi narządami	% odpowiedniej sumy ubezpieczenia
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	
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	
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%

4. Jeżeli trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, będące następstwem jednego lub kilku nieszczęśliwych wypadków, zaistniało w obrębie jednego lub kilku narządów określonych w ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenia równe sumie kwot określonych w ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 5 - 6.

5. Suma wypłaconych przez Ubezpieczyciela świadczeń określonych w ust. 3 w całym okresie obejmowania Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 100% odpowiedniej sumy ubezpieczenia określonej w ust. 1.

6. W przypadku wystąpienia trwałego inwalidztwa w obrębie jednego narządu, Ubezpieczyciel wypłaci najwyższe ze świadczeń wskazanych w ust. 3, które dotyczą tego narządu.

7. Jeśli roszczenie z tytułu trwałego inwalidztwa dotyczy narządu Ubezpieczonego, z tytułu uszkodzenia którego zostało wcześniej wypłacone świadczenie, Ubezpieczyciel wypłaci określony w ust. 3 procent odpowiedniej sumy ubezpieczenia, pomniejszony o procent świadczenia wcześniej wypłaconego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 13

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa popełnionego w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 3) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 5) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu).

2. W okresie 24 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zgon Ubezpieczonego był spowodowany chorobą, która była

zdiagnozowana, leczona lub której objawy występowały w okresie 12 miesięcy przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Za objawy choroby uważa się takie objawy, których występowanie potwierdzono w procesie rozpatrywania roszczenia i które, zgodnie z wiedzą medyczną, okażą się charakterystyczne dla danego rodzaju choroby.

§ 14

1. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu: całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, trwałego inwalidztwa, jeżeli dane zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) udziału w zajęciach rekreacyjnych lub sportowych o wysokim stopniu ryzyka, takich jak na przykład: sport spadochronowy, wspinaczka wysokogórska, speleologia, żeglarstwo morskie, nurkowanie, kaskaderstwo, sporty lotnicze,
- 2) udziału w wyścigach lub rajdach pojazdów: lądowych, wodnych, powietrznych oraz w przygotowaniach do nich,
- 3) usiłowania popełnienia bądź popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu lub stanu zdrowia Ubezpieczonego nie wydano prawomocnego orzeczenia sądu) oraz popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej bądź udziału w przestępstwie z winy umyślnej,
- 4) działań wojennych, zamieszek, powstań lub przewrotów wojskowych bądź czynnego udziału w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 5) wypadku lotniczego, jeżeli Ubezpieczony nie był pasażerem samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 6) katastrof, w wyniku których nastąpiło skażenie jądrowe, chemiczne, biologiczne bądź napromieniowanie,
- 7) działania w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu,
- 8) umyślnego lub będącego skutkiem rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego niezastosowania się do zaleceń lekarza, co miało wpływ na rozwój choroby,
- 9) umyślnego samookaleczenia ciała lub próby samobójczej,
- 10) choroby AIDS lub zarażenia HIV bądź pochodnymi,
- 11) choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub schorzeń wynikających z uzależnienia od środków psychoaktywnych,
- 12) chorób, których objawy występowały bądź obrażeń ciała doznanych przed datą objęcia Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- 13) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez uprawnień,
- 14) uszkodzenia ciała spowodowanego leczeniem, zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi (bez względu na to przez kogo były wykonywane).

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Ochrona ubezpieczeniowa, a tym samym odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego, rozpoczyna się następnego dnia po tym, gdy Ubezpieczony oświadczył

Ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej (tj. po otrzymaniu przez Ubezpieczającego kompletnie wypełnionych i podpisanych przez Pożyczkobiorcę dwóch jednobrzmiących egzemplarzy deklaracji zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową) i po postawieniu do dyspozycji Ubezpieczonego kwoty pożyczki. Ubezpieczający zgłasza Ubezpieczycielowi fakt złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego oświadczenia, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w terminie ustalonym pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje z zastrzeżeniem warunków określonych w §§ 5 - 7.

2. Ubezpieczony obejmowany jest ochroną ubezpieczeniową przez okres trwania umowy pożyczki, z zastrzeżeniem pozostałych postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.

3. Odstąpienie przez Ubezpieczonego od umowy pożyczki, w terminie określonym w umowie pożyczki, skutkuje jednoczesnym odstąpieniem od ubezpieczenia. W sytuacji, o której mowa w zdaniu pierwszym uznaje się, że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się, a składka ubezpieczeniowa zostaje zwrócona w pełnej wysokości do Ubezpieczającego.

§ 16

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych kończy się:

- 1) w dacie zgonu Ubezpieczonego, z zachowaniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela za zgon Ubezpieczonego,
- 2) z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych pod lit. a) - c), wystąpi jako pierwsze:
 - a) w dacie wypłaty świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy,
 - b) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia,
 - c) z dniem nabycia prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego,
- 3) z tytułu czasowej niezdolności do pracy, w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych pod lit. a) - c), wystąpi jako pierwsze:
 - a) w dacie wypłaty świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 10 ust. 1,
 - b) z dniem nabycia prawa do emerytury lub renty stałej z tytułu niezdolności do pracy z ubezpieczenia społecznego,
 - c) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia,
- 4) z tytułu trwałego inwalidztwa, w zależności od tego które ze zdarzeń, wymienionych pod lit. a) i b), wystąpi jako pierwsze:
 - a) w dacie wypłaty świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa ustalonego na poziomie 100% - zgodnie z § 12 ust. 3 - 6,
 - b) z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 65 rok życia,
 - 5) z tytułu poważnego zachorowania - w dacie wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania,
 - 6) z końcem roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony kończy 70 rok życia,
 - 7) z końcem okresu, za który opłacono składkę ubezpieczeniową,
 - 8) z końcem okresu spłaty pożyczki określonego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki,
 - 9) w przypadku złożenia przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu pisemnego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia (na formularzu rezygnacji dostępnym na stronie internetowej www.inteligo.pl) na adres PKO BP SA Centrum Bankowości Elektronicznej,

Pl. Bankowy 2, 00-095 Warszawa, w tym również w sytuacji opisanej w ust. 2 - z końcem dnia w którym do Ubezpieczającego wpłynęło oświadczenie o rezygnacji.

10) z dniem upływu okresu wypowiedzenia umowy pożyczki, gdy umowa ta została wypowiedziana przez Bank.

2. Wygaśnięcie zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego przed terminem, o którym mowa w ust. 1 pkt 8), skutkuje zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego rezygnacji, o której mowa w ust. 1 pkt 9). W przypadku braku złożenia rezygnacji odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z końcem okresu spłaty pożyczki określonego w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki.

OBOWIĄZKI OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE

§ 17

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego wypłata świadczenia uzależniona będzie od przedstawienia Ubezpieczycielowi dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia, a w szczególności:

1) wypełnionego formularza Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są na stronie internetowej www.inteligo.pl),
2) skróconego odpisu aktu zgonu Ubezpieczonego, - do wglądu,
3) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub właściwe władze,
4) informacji przygotowanej przez Ubezpieczającego o wysokości zadłużenia Ubezpieczonego określonego na koniec dnia poprzedzającego dzień jego zgonu,
5) kopii umowy pożyczki wraz z pierwotnym harmonogramem spłat pożyczki.

2. W przypadku wystąpienia całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, trwałego inwalidztwa, wypłata świadczenia uzależniona będzie od przedstawienia Ubezpieczycielowi dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności roszczenia, a w szczególności:

1) wypełnionego formularza Ubezpieczyciela „Zgłoszenie roszczenia” (formularze dostępne są na stronie internetowej www.inteligo.pl),
2) oryginału lub potwierdzonej kopii decyzji organu rentowego o uznaniu Ubezpieczonego za niezdolnego do pracy,
3) zwolnienia lekarskiego wydanego przez lekarza, potwierdzającego niezdolność do pracy wraz z oświadczeniem pracodawcy potwierdzającym nieobecność Ubezpieczonego w pracy z powodu czasowej niezdolności do pracy,
4) dokumentacji dotyczącej nieszczęśliwego wypadku i leczenia.

3. W uzasadnionych przypadkach Ubezpieczyciel uprawniony jest do zażądania przedłożenia innych dokumentów niż wskazane w ust. 1 i 2, o ile będzie to niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

4. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 - 3, winny być dostarczone Ubezpieczycielowi na koszt Uprawnionego.

5. Wszystkie dokumenty, o których mowa w ust. 1 - 3, wystawiane poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, winny być przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego, na koszt Uprawnionego i w takiej formie przedłożone Ubezpieczycielowi.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 18

1. Z zastrzeżeniem § 19, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego, Uposażonym uprawnionym do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest Ubezpieczający.

2. Świadczenie nie może zostać wypłacone osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

3. Z zastrzeżeniem § 19 Uprawnionym do żądania świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania lub trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego jest Ubezpieczający.

4. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w ciągu 30 dni od daty zgłoszenia roszczenia i pod warunkiem dostarczenia wymaganych dokumentów określonych w § 17 ust. 1 - 3.

5. Gdyby wyjaśnienie w terminie określonym w ust. 4 okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, z tym że część bezsporna świadczenia zostanie wypłacona w terminie wskazanym w ust. 4.

6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym Uposażonego na piśmie w terminie określonym odpowiednio w ust. 4 albo 5, podając okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty.

7. Wypłata świadczenia jest dokonywana na koszt Ubezpieczyciela.

8. W przypadku, gdy zobowiązania finansowe Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikające z umowy pożyczki wygasły przed upływem terminu, o którym mowa w § 16 ust. 1 pkt 8) (wskutek całkowitej spłaty pożyczki), a całkowita trwała niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy, poważne zachorowanie, trwałe inwalidztwo wystąpiły po dniu całkowitej spłaty pożyczki, Uprawnionym do żądania świadczenia jest Ubezpieczony.

9. W przypadku, gdy zobowiązania finansowe Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikające z umowy pożyczki wygasły przed upływem terminu, o którym mowa w § 16 ust. 1 pkt 8) (wskutek całkowitej spłaty pożyczki) a zgon Ubezpieczonego nastąpił po dniu całkowitej spłaty pożyczki, Uprawnionym do odbioru świadczenia jest Uposażony wskazany przez Ubezpieczonego w deklaracji zgody, a w przypadku jego braku - spadkobiercy Ubezpieczonego.

§ 19

1. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego po wygaśnięciu zobowiązań finansowych Ubezpieczonego wobec Ubezpieczającego wynikających z umowy pożyczki, wysokość świadczeń miesięcznych z tytułu ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy ustala się według formuły: kwota udzielonej pożyczki określonej w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki (bez uwzględniania odsetek i innych kosztów) z dnia zawarcia umowy pożyczki, dzielona przez ilość miesięcy trwania umowy pożyczki określonej w umowie pożyczki w dniu jej zawarcia.

2. Kwota świadczenia, wyliczona zgodnie z ust. 1, jest wypłacana Ubezpieczonemu miesięcznie w terminach płatności każdej kolejnej raty pożyczki określonych w pierwotnym harmonogramie spłat pożyczki.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 20

Wszelkie rozliczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty wszelkich świadczeń ubezpieczeniowych, dokonywane są w złotych polskich.

§ 21

Wypowiedzenia, odstąpienia oraz wszelkie inne zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uprawnionego, powinny być dostarczane Ubezpieczycielowi na piśmie, pod rygorem nieważności, za pokwitowaniem przyjęcia lub przesyłane listem poleconym.

§ 22

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.
2. Opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

§ 23

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 24

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

§ 25

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczonego lub innego Uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są w terminie nieprzekraczającym 30 dni przez Zarząd Ubezpieczyciela lub upoważnionego pracownika Ubezpieczyciela, po przestaniu ich drogą pisemną na adres siedziby Ubezpieczyciela bądź też mogą być kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.
2. Po rozpatrzeniu skarg i zażaleń, o których mowa w ust. 1, stanowisko Ubezpieczyciela przesyłane jest pisemnie, listem poleconym na adres wskazany w treści skargi lub zażalenia.
3. Powództwo o roszczenia 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 innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 26

Niniejsze Warunki Ubezpieczenia obowiązują od dnia 15 maja 2010 roku i mają zastosowanie do osób zawierających umowy pożyczki od tego dnia.