



Pomyśl,
Bezpieczeństwo
finansowe
jest WAŻNE.

Szczególne warunki
ubezpieczenia Pakiet Ochrony
Dochodu dla klientów Wonga
– indeks WBP/2021/04

Pomyśl





FORMULARZ DO SWU

Informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r.
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Szczególne warunki ubezpieczenia Pakiet Ochrony Dochodu dla klientów Wonga – indeks WBP/2021/04

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2
	§ 3
	§ 7
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 9

Postanowienia ogólne

§ 1

Niniejsze Szczególne warunki ubezpieczenia Pakiet Ochrony Dochodu dla klientów Wonga o indeksie WBP/2021/04 (SWU) regulują zasady, na jakich UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. obejmuje ochroną ubezpieczeniową klientów Wonga sp. z o.o.

Definicje

§ 2

Określenia użyte w SWU oraz w innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia oznaczają:

- 1) **certyfi­kat** – dokument będący potwierdzeniem objęcia ochroną ubezpieczeniową danego ubezpieczonego;
- 2) **czasowa niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność ubezpieczonego do wykonywania pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona zwolnieniem lekarskim, która rozpoczęła się w okresie ubezpieczenia;
- 3) **dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego** – odpowiednio dla poszczególnych ryzyk:
 - a) śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku – dzień śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - b) czasowa niezdolność do pracy – pierwszy dzień zwolnienia lekarskiego,
 - c) utrata pracy – dzień, w którym ubezpieczony w wyniku utraty pracy uzyskał status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku dla bezrobotnych,
 - d) poważne zachorowanie – dzień wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania;
- 4) **klient** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych i obywatelstwo polskie, zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, będąca klientem Wonga, która zawarła z Wonga sp. z o.o. umowę pożyczki;
- 5) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 6) **miesiąc ochrony** – miesiąc świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, rozpoczynający się w dniu rozpoczęcia okresu ubezpieczenia lub w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia okresu ochrony i kończący się jeden dzień przed dniem odpowiadającym temu samemu dniowi kolejnego miesiąca, a jeśli nie ma takiego dnia w danym miesiącu – w ostatnim dniu tego miesiąca;
- 7) **nieszczęśliwy wypadek** – przypadkowe, nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej i spowodowało fizyczne obrażenia ciała u ubezpieczonego, przy czym nie uważa się za nieszczęśliwy wypadek w rozumieniu niniejszych SWU zawału serca, udaru mózgu i innych chorób, nawet występujących nagle, ani następstw zdrowotnych przeciążenia, wysiłku, dźwignięcia lub pochylecia ubezpieczonego;
- 8) **okres ubezpieczenia** – okres udzielania ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej przez Towarzystwo;
- 9) **poważne zachorowanie** – jedna ze zdefiniowanych chorób lub operacji:
 - a) **zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa;ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych;
- b) **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej powstałe w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmo­zgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 3 miesiące od chwili rozpoznania udaru mózgu; rozpoznanie musi zostać potwierdzone obecnością świeżych zmian w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MR); zakres ubezpieczenia nie obejmuje:
 - epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - uszkodzenia mózgu w następstwie krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem lub wypadkiem,
 - patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawał nerwu wzrokowego lub siatkówki) lub zaburzenia błędnika,
 - przebytego bezobjawowo udaru mózgu, rozpoznanego na podstawie badań obrazowych;z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są przypadki:
 - epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
 - zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
 - wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
 - jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;
- c) **nowotwór złośliwy** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek; rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa; zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów;
 - z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy, rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji),
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnoko­mórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, stanowiące bezwzględne wskazanie do rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii; fakt rozpoczęcia dializoterapii oraz konieczność jej stosowania muszą być potwierdzone przez lekarza nefrologa; ostra niewydolność nerek wymagająca okresowej dializoterapii nie jest objęta zakresem ubezpieczenia;
- e) **łagodny guz mózgu** – wszystkie guzy mózgu, które nie są klasyfikowane jako złośliwe, potwierdzone przez specjalistę neurologa lub neurochirurga, wymagające usunięcia lub w przypadku zaniechania operacji powodujące trwałe ubytki neurologiczne; wykluczeniu podlegają: krwiaki, ziarniaki, cysty, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych;
- f) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach spowodowana chorobą; rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę z ośrodka prowadzącego leczenie; zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem chirurgicznym;
- g) **oparzenia** – głębokie termiczne i/lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych, obejmujące:

- nie mniej niż 60% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia I stopnia,
- nie mniej niż 40% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia II stopnia,
- nie mniej niż 20% całkowitej powierzchni ciała w przypadku oparzenia III stopnia;

przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek” lub tabelę Lunda i Browdera; zakres ubezpieczenia nie obejmuje oparzeń słonecznych;

- h) **przeszczep narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na oficjalną listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki lub trzustki; ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy narządów innych niż wymienione powyżej, części narządów, tkanek lub komórek;
- i) **pomostowanie (bypass) naczyń wieńcowych** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- j) **angioplastyka wieńcowa** – pierwszorazowe leczenie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych z zastosowaniem angioplastyki balonowej, przeszskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod; przeprowadzenie takiej angioplastyki musi być uzasadnione medycznie na podstawie zalecenia specjalisty kardiologa oraz musi istnieć angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej;
- 10) **składka** – kwota obliczona zgodnie z umową ubezpieczenia, należna Towarzystwu z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jednemu ubezpieczonemu w całym okresie ubezpieczenia, płatna w miesięcznych ratach;
- 11) **suma ubezpieczenia** – górna granica odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wystąpienia poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych;
- 12) **Towarzystwo** – UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51;
- 13) **ubezpieczający** – Wonga sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Żaryna 2B, bud. D, 02-593 Warszawa;
- 14) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, będąca klientem ubezpieczającego, na rzecz której ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia;
- 15) **umowa ubezpieczenia** – Umowa grupowego ubezpieczenia nr UBM/01/2021/BA dla klientów Wonga sp. z o.o. zawarta pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym;
- 16) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczonego w dowolnym momencie trwania ochrony ubezpieczeniowej jako osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci; wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli zmarł on przed śmiercią ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci; jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych lub wszyscy uposażeni utracili prawo do świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są wymienione niżej osoby w następującej kolejności:
- a) małżonek – w całości, a w razie jego braku
 - b) dzieci – w równych częściach w przypadku braku małżonka, a w razie ich braku
 - c) rodzice – w równych częściach w przypadku braku małżonka i dzieci, a w razie ich braku
 - d) rodzeństwo – w równych częściach, w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców, a w razie jego braku
 - e) spadkobiercy – w częściach, w jakich dziedziczą po ubezpieczonym, w przypadku braku małżonka, dzieci, rodziców i rodzeństwa;
- 17) **uprawniony** – podmiot uprawniony do żądania spełnienia przez Towarzystwo świadczenia ubezpieczeniowego;

18) **utrata pracy** – utrata pracy przez ubezpieczonego z przyczyn nie dotyczących ubezpieczonego, spowodowana dokonaniem przez pracodawcę rozwiązaniem stosunku pracy, pod warunkiem że w wyniku takiej utraty pracy ubezpieczony uzyskał status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy bądź ustawy zastępującej tę ustawę; w przypadku zajścia kolejnego zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia, ubezpieczonemu przysługuje kolejne świadczenie, pod warunkiem że kolejna utrata pracy przez ubezpieczonego poprzedzona była co najmniej 12-miesięcznym okresem ciągłego zatrudnienia ubezpieczonego na podstawie umowy o pracę;

- 19) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – to następujące zdarzenia:
- a) śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) czasowa niezdolność do pracy, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) utrata pracy, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) poważne zachorowanie, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie i życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zapłatę określonej w SWU kwoty w przypadku:
 - 1) śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) czasowej niezdolności do pracy – w przypadku ubezpieczonych, którzy są objęci ubezpieczeniem chorobowym w ZUS;
 - 3) utraty pracy – w przypadku ubezpieczonych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony oraz zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, pod warunkiem że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż 12 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 4) poważnego zachorowania – w przypadku ubezpieczonych, którzy nie posiadają zatrudnienia na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony oraz zatrudnionych na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony, pod warunkiem że data zakończenia stosunku pracy przypada nie wcześniej niż 12 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową, lub którzy nie posiadają ubezpieczenia chorobowego w ZUS.

Objęcie ochroną ubezpieczeniową

§ 4

1. Do ubezpieczenia jako ubezpieczony może przystąpić osoba fizyczna, będąca klientem, która:
 - 1) w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową ukończyła 18. rok życia i nie ukończyła 75. roku życia przed upływem okresu ubezpieczenia;
 - 2) posiada miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Osobom, które nie spełniają warunków określonych w ust. 1, Towarzystwo nie udziela ochrony ubezpieczeniowej, nawet jeżeli ubezpieczający opłacił składkę za taką osobę. W razie ujawnienia takiego przypadku składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi.
3. W ramach jednej umowy pożyczki ubezpieczeniem może zostać objęty tylko jeden ubezpieczony.
4. Ubezpieczony w tym samym czasie może być obejmowany ochroną w ramach niniejszego ubezpieczenia maksymalnie z tytułu czterech certyfikatów.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 5

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w następnym dniu po wyrażeniu przez klienta woli przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zgłoszenia tego klienta na liście osób ubezpieczonych.
2. Okres ubezpieczenia kończy się w ostatnim dniu spłaty pożyczki zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłaty pożyczki, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ryzyka czasowa niezdolność do pracy oraz poważne zachorowanie rozpoczyna się po upływie 30 dni od dnia określonego w ust. 1 i kończy się z upływem okresu ubezpieczenia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ryzyka utrata pracy rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia określonego w ust. 1 i kończy się z upływem okresu ubezpieczenia.
5. Towarzystwo przestaje świadczyć ochronę ubezpieczeniową ubezpieczonemu z upływem dnia, w którym:
 - 1) ubezpieczający i Towarzystwo rozwiązali umowę ubezpieczenia, przy czym w takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa nie wygaśnie wcześniej niż z upływem okresu, za który została opłacona składka;
 - 2) ubezpieczający odstąpił od umowy ubezpieczenia;
 - 3) ubezpieczony złożył oświadczenie o odstąpieniu od ubezpieczenia;
 - 4) ubezpieczony złożył oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia;
 - 5) zakończył się okres ubezpieczenia;
 - 6) ubezpieczony zmarł;
 - 7) ubezpieczony ukończył 75. rok życia;
 - 8) ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego ubezpieczonego została zawieszona wskutek nieopłacenia składki przez ubezpieczającego – na zasadach i w trybie określonych w umowie ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać w terminie ustalonym z Towarzystwem listę osób, które mają być objęte ubezpieczeniem w kolejnym miesiącu ochrony.
7. W przypadku gdy na liście, o której mowa w ust. 6, brak wskazania danego ubezpieczonego, który był objęty ochroną w upływającym miesiącu ochrony, a ochrona wobec niego nie wygasa z powodów, o których mowa w ust. 5, ochrona wobec danego ubezpieczonego może zostać przywrócona w sposób i w terminie uzgodnionym pomiędzy stronami od kolejnego miesiąca ochrony do końca okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie o odstąpieniu od umowy powinno być złożone w formie pisemnej.
9. Ubezpieczony może w ciągu 30 dni od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia odstąpić od ubezpieczenia. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem złożenia oświadczenia o odstąpieniu, a ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki. Warunkiem skutecznego odstąpienia od ubezpieczenia jest złożenie przez ubezpieczonego ubezpieczającemu pisemnie bądź ustnie podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej oświadczenia o odstąpieniu od ubezpieczenia.
10. Ubezpieczony, po upływie 30 dni od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem następującym po dniu złożenia pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia, a ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony. Warunkiem skutecznego wystąpienia jest złożenie przez ubezpieczonego ubezpieczającemu pisemnie bądź ustnie podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej oświadczenia o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia.

Sumy ubezpieczenia

§ 6

1. Sumy ubezpieczenia są określone dla poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku wynosi 40 000 zł.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy wynosi 1200 zł.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu utraty pracy wynosi 1200 zł.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania wynosi 4000 zł.
6. Sumy ubezpieczenia są ustalane na 12-miesięczny okres ubezpieczenia i ulegają zmniejszeniu o kwoty wypłaconych świadczeń, dla których zostały ustalone.
7. Sumy ubezpieczenia ulegają odnowieniu po 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia.

Świadczenia ubezpieczeniowe

§ 7

Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku

1. W razie śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci uposażonemu bądź osobom uprawnionym do otrzymania świadczenia jednorazowe świadczenie z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku, w wysokości sumy ubezpieczenia, jeżeli:
 - 1) wyłączną przyczyną śmierci ubezpieczonego były fizyczne obrażenia ciała odniesione wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 180 dni od daty nieszczęśliwego wypadku, nawet jeśli nastąpiła po zakończeniu okresu ubezpieczenia.

Czasowa niezdolność do pracy

2. W razie czasowej niezdolności do pracy trwającej co najmniej 30 dni, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci ubezpieczonemu świadczenie za każde 30 dni ciągłej czasowej niezdolności do pracy.
3. Świadczenie za każdy 30-dniowy okres nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy wynosi 400 zł, z zastrzeżeniem że w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia mogą być wypłacone maksymalnie 3 świadczenia.

Utrata pracy ubezpieczonego

4. W razie utraty pracy, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci ubezpieczonemu jedno świadczenie za każde 30 dni pozostawania ubezpieczonego bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, przy czym pierwsze świadczenie przysługuje ubezpieczonemu po 30-dniowym pozostawaniu bez pracy z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
5. Świadczenie za każdy 30-dniowy okres pozostawania bez pracy wynosi 400 zł, z zastrzeżeniem że w 12-miesięcznym okresie ubezpieczenia mogą być wypłacone maksymalnie 3 świadczenia.

Poważne zachorowanie

6. W razie poważnego zachorowania ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania.

Składka

§ 8

1. Wysokość składki jest określona w umowie ubezpieczenia.
2. Zobowiązany do zapłaty składki jest wyłącznie ubezpieczający.
3. Składka za wszystkich ubezpieczonych opłacana jest w terminach uzgodnionych z ubezpieczającym, przelewem na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy.

Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego jest skutkiem:

- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 4) samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
 - 5) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi co najmniej 0,2‰ alkoholu albo że zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 6) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, z późniejszymi zmianami), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 7) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 8) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 9) udziału ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 10) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania takim pojazdem lub czasowo lub na stałe zostały mu zatrzymane dokumenty potwierdzające te uprawnienia, lub nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego.
2. Świadczenie nie zostanie wypłacone w przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego jest skutkiem:
- 1) działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 3) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego;
 - 4) samookaleczenia ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczonego;
 - 5) spożycia przez ubezpieczonego alkoholu w ilości powodującej, że zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi od 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 6) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 7) poddania się zabiegowi o charakterze medycznym przeprowadzonemu poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 8) usiłowania popełnienia lub popełnienia przez ubezpieczonego czynu spełniającego ustawowe znamiona przestępstwa;
 - 9) udziału ubezpieczonego w sportach wysokiego ryzyka, przez które rozumiane są sporty lub aktywność fizyczna, których uprawianie wymaga działania w warunkach podwyższonego ryzyka ze względu na wystąpienie choćby jednego z następujących czynników ryzyka: jazda konna, użycie broni białej lub palnej, użycie pojazdów silnikowych, walka wręcz, schodzenie pod wodę na głębokość większą niż 10 m, przebywanie w terenie górskim poza wytyczonymi trasami lub szlakami; za sporty wysokiego ryzyka uważa się również sporty ekstremalne, przez które rozumie się sporty lub aktywność fizyczną, których uprawianie wymaga ponadprzeciętnych umiejętności, odwagi lub działania w warunkach zagrożenia życia: sporty powietrzne, downhill rowerowy, wspinaczkę wysokogórską, skalną, skałkową, lodową, speleologię, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach, skoki z wysokich budynków lub skał, skoki bungee, jazdę po muldach, rafting, sporty uprawiane na rzekach górskich, a także wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (pow. 4000 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla, tereny lodowcowe;
 - 10) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiednich uprawnień do kierowania takim pojazdem lub czasowo lub na stałe zostały mu zatrzymane dokumenty potwierdzające te uprawnienia, lub nie posiadał odpowiedniego świadectwa kwalifikacyjnego;
 - 11) transportu środkami powietrznymi, z wyjątkiem licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych, przez które rozumie się podmiot uprawniony do wykonywania przewozów lotniczych na podstawie koncesji – w przypadku polskiego przewoźnika lotniczego, lub na podstawie odpowiedniego aktu właściwego organu obcego państwa – w przypadku obcego przewoźnika lotniczego;
 - 12) następujących chorób lub niepełnosprawności: choroby niedokrwienne serca, zawał serca, choroba wieńcowa, choroba tętnic, miażdżyca, tętniak, choroba naczyń mózgowych, udar mózgu, choroba nadciśnieniowa, zaburzenia rytmu serca, choroba nowotworowa, padaczka, cukrzyca, niewydolność nerek, zwłóknienia i marskość wątroby, choroba trzustki, AIDS lub nosicielstwo wirusa HIV, wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, gruźlica, sepsa, choroba psychiczna, jeżeli te choroby lub niepełnosprawności były rozpoznane lub leczone w ciągu 24 miesięcy przed dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i były przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie 24 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 13) dysfunkcji psychicznych i/lub umysłowych ubezpieczonego, w tym nerwic;
 - 14) bólów kręgosłupa niepotwierdzonych wynikami badań radiologicznych;
 - 15) ciąży ubezpieczonej.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności w przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy związana jest z pobytem w szpitalu, którego celem jest:

- 1) leczenie lub poddanie się przez ubezpieczonego zabiegowi pozostającemu w związku z ciążą, porodem lub połogiem (z wyjątkiem komplikacji w okresie połogu zagrażających życiu kobiety);
 - 2) poddanie się przez ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna do usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) wykonanie ubezpieczonemu rutynowych badań lekarskich, badań biochemicznych, badań rentgenowskich oraz innych badań, o ile przyczyną ich przeprowadzenia nie jest choroba lub obrażenia ciała;
 - 4) wykonanie ubezpieczonemu zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 5) leczenie wad wrodzonych ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu utraty pracy jest wyłączona, jeżeli:
- 1) do dnia przystąpienia do ubezpieczenia ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę;
 - 2) ubezpieczony przed przystąpieniem do ubezpieczenia został poinformowany pisemnie przez pracodawcę o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanych z tym faktem zmianach sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczących bezpośrednio ubezpieczonego;
 - 3) utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę w związku z upływem czasu, na który została zawarta, rozwiązania umowy o pracę przez ubezpieczonego na mocy porozumienia stron, z wyjątkiem rozwiązania w drodze porozumienia stron na podstawie ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn nie dotyczących pracowników (Dz.U. nr 90, poz. 844 ze zm.), wypowiedzenia umowy o pracę przez ubezpieczonego, rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy ubezpieczonego lub za wypowiedzeniem z przyczyn dotyczących ubezpieczonego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy;
 - 4) ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącego dla ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub ubezpieczony jest współnikiem (akcjonariuszem) spółki osobowej lub kapitałowej, lub jest członkiem organów zarządczych przedsiębiorcy zatrudniającego ubezpieczonego;
 - 5) utrata pracy wynika z powodu: działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, chyba że jego udział w aktach przemocy, terroryzmu wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 6) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 7) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
5. Świadczenie nie zostanie wypłacone w związku z wystąpieniem poważnego zachorowania:
- 1) które rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) którego objawy rozpoznano lub leczono w ciągu 24 miesięcy przed datą początku ochrony ubezpieczeniowej, co znajduje potwierdzenie w dokumentacji medycznej, i będącego przyczyną wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem w ciągu 24 pierwszych miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową.
6. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie jest skutkiem:
- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, niezależnie od jego stanu poczytalności, choroby AIDS lub zakażenia ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 2) zespołu uzależnienia od alkoholu, szkodliwego używania alkoholu przez ubezpieczonego;
 - 3) zażycia przez ubezpieczonego narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii), lub leków niezaleconych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - 4) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 5) masowego skażenia chemicznego, biologicznego lub radioaktywnego.
7. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli wypłata świadczenia lub świadczenie usługi wynikającej z umowy ubezpieczenia mogłyby narazić Towarzystwo na sankcje, zakazy lub restrykcje wynikające z rezolucji Organizacji Narodów Zjednoczonych lub na jakiegokolwiek sankcje handlowe lub gospodarcze wynikające z prawa Unii Europejskiej, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej, Stanów Zjednoczonych Ameryki lub Rzeczypospolitej Polskiej.

Wypłata świadczenia

§ 10

1. Towarzystwo jest zobowiązane do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości okazało się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 1, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym z dochowaniem należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
3. Bezsprawną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 1.
4. Wszelkie wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia są dokonywane przez Towarzystwo w formie bezgotówkowej lub przekazem pocztowym, zgodnie z dyspozycją ubezpieczonego.
5. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku ubezpieczonego jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii opisu okoliczności zdarzenia;
 - 3) kopii odpisu skróconego aktu zgonu ubezpieczonego;
 - 4) kopii karty statystycznej do karty zgonu lub innego dokumentu potwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii opisu świadczenia pierwszej pomocy lub pomocy doraźnej (pogotowie ratunkowe, szpital itp.);
 - 6) kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia w przypadku wypadku komunikacyjnego, postanowienia prokuratury, jeśli zostało wszczęte postępowanie);
 - 7) kopii innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności, wskazanych przez Towarzystwo.
6. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) kopii dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala, obejmującej okres 2 lat przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową i okres od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową do momentu zgłoszenia roszczenia, lub adresów placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym;
 - 3) jeżeli zdarzenie jest następstwem nieszczęśliwego wypadku – kopii protokołu opisującego okoliczności zdarzenia (protokołu powypadkowego sporządzonego przez Komisję BHP, notatki urzędowej z policji, protokołu oględzin miejsca zdarzenia

- w przypadku wypadku komunikacyjnego, wyniku postanowienia z prokuratury, jeśli zostało wszczęte postępowanie);
- 4) kopii zwolnień lekarskich potwierdzających czasową niezdolność do pracy.
 7. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu utraty pracy jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) zaświadczenia z urzędu pracy informującego o uzyskaniu statusu osoby bezrobotnej z prawem do pobierania zasiłku;
 - 3) kopii świadectwa pracy z ostatniego miejsca pracy; kopii umów o pracę dokumentujących 12-miesięczny okres zatrudnienia poprzedzający dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) w przypadku pozytywnej decyzji Towarzystwa – przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowodu pobrania zasiłku dla bezrobotnych za miesiąc, za który zgłaszane jest roszczenie.
 8. Podstawą do ustalenia zasadności roszczenia z tytułu poważnego zachorowania jest przedstawienie Towarzystwu:
 - 1) wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia;
 - 2) dokumentacji potwierdzającej wystąpienie poważnego zachorowania;
 - 3) dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala lub adresów placówek, w których ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym poważnym zachorowaniem, uwzględniającej okres 2 lat przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową i okres od dnia jej zawarcia do chwili zgłoszenia roszczenia.
 9. Jeżeli uprawniony nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych, przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny tej osoby są dodatkowo zobowiązani przedstawić:
 - 1) dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad uprawnionym;
 - 2) kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego lub opiekuna prawnego uprawnionego.
 10. Towarzystwo jest uprawnione do żądania od osoby składającej wniosek o wypłatę świadczenia przedstawienia innych dokumentów, niewymienionych w powyższych ustępach niniejszego paragrafu, jeżeli dokumenty te są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
 11. Kopie dokumentów, o których mowa w ust. 5–10, przed złożeniem Towarzystwu powinny zostać potwierdzone jako zgodne z oryginałem przez pracownika ubezpieczającego lub notariusza albo pracownika Towarzystwa.
 12. Zgodność kopii dokumentacji medycznej z oryginałem może być również potwierdzona przez pracownika przychodni, szpitala lub innej placówki medycznej, w której ubezpieczony był zarejestrowany i leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem ubezpieczeniowym.
 13. Dokumenty, o których mowa w niniejszym paragrafie, ubezpieczony przesyła bezpośrednio do Towarzystwa na poniższy adres:
UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
z dopiskiem: Obszar Bancassurance
 14. Wszelkie pytania dotyczące składania dokumentów oraz wypłaty świadczeń powinny być kierowane do Towarzystwa pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia według taryf poszczególnych operatorów telefonicznych), w dni robocze od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni wolnych od pracy, lub na adres e-mail: umowy.ubezpieczenia@uniqa.pl.

Podstawowe obowiązki ubezpieczającego i Towarzystwa

§ 11

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielania ubezpieczonemu informacji o warunkach ochrony w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego, w tym doręczenia niniejszych SWU przed objęciem ochroną ubezpieczeniową, a także do udostępniania mu druków certyfikatu przystąpienia do ubezpieczenia, wniosku o wypłatę świadczenia, formularza odstąpienia lub wy-

stąpienia z umowy ubezpieczenia oraz do przyjmowania od ubezpieczonego oświadczeń o odstąpieniu lub wystąpieniu z umowy ubezpieczenia i przekazywania ich Towarzystwu.

3. Towarzystwo zobowiązane jest do doręczenia ubezpieczającemu na piśmie lub – jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku niniejszych SWU przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Ponadto Towarzystwo zobowiązane jest do prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych w umowie ubezpieczenia oraz przepisach prawa.

Reklamacje

§ 12

1. W każdym przypadku osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia może wnosić reklamacje. Reklamacja to wystąpienie, w tym skarga i zażalenie, skierowane do Towarzystwa, zawierające zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Reklamacje można składać w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod numer telefonu 22 599 95 22 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w jednostce Towarzystwa;
 - 2) w formie elektronicznej poprzez formularz na stronie uniqa.pl/reklamacje;
 - 3) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela: UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., ul. Chłodna 51, 00-867 Warszawa, albo drogą pocztową na ten adres, z dopiskiem: Obszar Bancassurance i Programy Partnerskie.
3. Reklamacja może być złożona w każdej jednostce Towarzystwa obsługującej klientów.
4. Odpowiedź Towarzystwa na reklamację zostanie udzielona w formie pisemnej albo pocztą elektroniczną, jeżeli osoba składająca reklamację złoży wniosek o udzielenie odpowiedzi w tej formie. Dodatkowo, na wniosek osoby składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza pisemnie lub w inny uzgodniony sposób fakt jej złożenia.
5. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne jej rozpatrzenie.
6. W przypadku gdy Towarzystwo nie posiada danych kontaktowych osoby składającej reklamację, przy składaniu reklamacji należy podać następujące dane: imię, nazwisko, adres do korespondencji, adres e-mail (w razie wyboru takiej formy kontaktu).
7. Odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni, Towarzystwo w tym terminie wyśle informację o przyczynie niemożności rozpatrzenia reklamacji. W takim przypadku odpowiedź na reklamację zostanie udzielona nie później niż w terminie 60 dni od dnia jej otrzymania.
9. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem Towarzystwa wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może wystąpić z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Osoba składająca reklamację może również wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko Towarzystwu, tj. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., według właściwości określonej w § 13 ust. 1 i 2.
10. Na podstawie art. 31 ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich informujemy, że podmiotem uprawnionym dla UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do prowadzenia postępowań w sprawach pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami w rozumieniu tej ustawy jest Rzecznik Finansowy (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa; www.rf.gov.pl).

Właściwość sądowna

§ 13

1. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Konsument w sprawach ochrony swoich praw i interesów ma także możliwość zwrócenia się o pomoc do właściwego miejscowo Powiatowego (Miejskiego) Rzecznika Konsumentów. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 14

1. O ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej ani nie sprzeciwia się to powszechnie obowiązującym przepisom prawa, strony mogą ustalić, że oświadczenia i zawiadomienia dotyczące umowy ubezpieczenia będą składane z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość.

2. Zmiana danych teleadresowych wskazanych w § 10 ust. 13 nie stanowi zmiany umowy.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU oraz umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednie przepisy prawa polskiego.
4. Opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia regulują przepisy polskiego prawa podatkowego, w szczególności ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r. poz. 361).

§ 15

1. Niniejsze SWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu z 23 marca 2021 r.
2. Integralną część SWU stanowi Formularz do SWU, tj. informacja sporządzona zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.



www.uniqa.pl