

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
 GENWORTH NR ING/2015/02/NON-LIFE
 DLA POSIADACZY RACHUNKU KARTY KREDYTOWEJ
 WYDAWANYCH PRZEZ ING BANK ŚLĄSKI S.A.

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia	art. 3 SWU art. 8 SWU
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 8 SWU
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 10 SWU
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania	art. 7 SWU
5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	n/a
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	n/a

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA GENWORTH NR ING/2015/02/non-life (dalej: Warunki) mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia kod: ING/2015/02/non-life na rzecz Posiadaczy rachunku karty kredytowej wydawanych przez ING Bank Śląski S.A., zawartej pomiędzy Financial Insurance Company Limited a Nationale-Nederlanden Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej: Umowa).

Art. 1 DEFINICJE

- 1) **„Genworth (Ubezpieczyciel)”** – Financial Insurance Company Limited, działająca pod nazwą Genworth, zarejestrowana według Companies Act 1985 pod numerem 1515187 z siedzibą Building 6, Chiswick Park, 566 Chiswick High Road, London W4 5HR, Wielka Brytania, podlegająca nadzorowi Prudential Regulation Authority (PRA) i zarejestrowana przez PRA pod numerem 202639, będąca stroną Umowy.
- 2) **Ubezpieczający** – Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Topiel 12, która zawarła z Genworth (Ubezpieczycielem) Umowę na rzecz Ubezpieczonych i zobowiązuje się do opłacania Składki, będąca stroną Umowy.
- 3) **Bank** – ING Bank Śląski S.A z siedzibą w Katowicach przy ul. Sokolskiej 34, agent ubezpieczeniowy Ubezpieczającego.
- 4) **„Administrator”** – Financial Insurance Group Services Sp. z o.o. Oddział w Polsce, używająca także nazwy Genworth, działająca w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela, w szczególności w zakresie ustalania przyczyn i okoliczności Zdarzeń ubezpieczeniowych oraz ustalania rozmiaru Świadczeń należnych uprawnionym do Świadczenia.
- 5) **„Deklaracja przystąpienia”** – oświadczenie Posiadacza rachunku karty kredytowej, w którym wyraża on wolę objęcia Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy. Deklaracja przystąpienia jest oświadczeniem składanym Genworth (Ubezpieczycielowi) poprzez złożenie jej w formie przyjętej przez Ubezpieczającego. Jeżeli Deklaracja przystąpienia ma formę pisemną, sporządzana jest w dwóch egzemplarzach i uznaje się, że po potwierdzeniu jej przyjęcia przez Ubezpieczającego zastępuje Certyfikat ubezpieczeniowy. W takim przypadku jeden egzemplarz Deklaracji przystąpienia wydawany jest Ubezpieczonemu.
- 6) **„Rachunek karty kredytowej”** – rachunek Karty.
- 7) **„Karta”** – karta kredytowa wydana przez Bank zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku.
- 8) **„Umowa karty”** – umowa między Posiadaczem karty i Bankiem w sprawie udzielenia limitu kredytowego na Karcie i wykonywania transakcji przy jej użyciu, w której określony jest cykl rozliczenia Karty.
- 9) **„Posiadacz rachunku karty kredytowej”** – osoba, która zawarła z Bankiem Umowę karty i jest posiadaczem rachunku tej Karty, a jednocześnie została objęta przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. ochroną ubezpieczeniową na życie z tytułu ubezpieczenia „Spłata na Bank PLUS” kod OWU/PPI2/1/2015.
- 10) **„Ubezpieczony”** – Posiadacz rachunku karty kredytowej, który złożył Deklarację przystąpienia i został objęty ubezpieczeniem przez Genworth (Ubezpieczyciela) na podstawie niniejszych Warunków.
- 11) **„Świadczenie” lub „Świadczenie miesięczne”** – kwota wypłacana przez Genworth (Ubezpieczyciela) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w Warunkach.
- 12) **„Suma ubezpieczenia”** – maksymalna kwota Świadczeń wypłacana przez Ubezpieczyciela, określona w Warunkach.
- 13) **„Saldo zadłużenia”** – kwota równa wykorzystanemu limitowi na Karcie bądź łącznie na wszystkich Kartach z tytułu, których Posiadacz rachunku karty kredytowej jest objęty Ochroną ubezpieczeniową. Saldo zadłużenia jest realizowane poprzez realizację dyspozycji obciążeniowych, którymi mogą być:
 - a) obciążenia kwotą transakcji dokonywanych przy użyciu Karty,
 - b) obciążenia kwotą polecenia przelewu w ciężar rachunku Karty,
 - c) obciążenia kwotą polecenia zapłaty w ciężar rachunku Karty,
 - d) pobranie przez Bank odsetek od wykorzystanego limitu do Karty,
 - e) pobranie przez Bank opłat i prowizji zgodnie z Tabelą opłat i prowizji Banku.Maksymalna kwota wykorzystanego limitu kredytowego na Karcie bądź łącznie na wszystkich Kartach do obliczenia Salda zadłużenia wynosi 200 000 PLN.
- 14) **„Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego”** jest to:
 - a) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy, wskazany w pierwszym Zwolnieniu, dotyczącym danej przyczyny Czasowej niezdolności do pracy;
 - b) w przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego – dzień nabycia prawa do zasiłku w związku z uzyskaniem przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego w rozumieniu przepisów Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
 - c) w przypadku Hospitalizacji Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 15) **„Utrata pracy”** jest to:
 - a) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie stosunku pracy - rozwiązanie stosunku pracy za wypowiedzeniem złożonym przez Pracodawcę lub rozwiązanie stosunku pracy wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę i Ubezpieczonego z przyczyn niedotyczących pracownika (rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn ekonomicznych leżących po stronie pracodawcy w rozumieniu właściwych przepisów Ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników);
 - b) w przypadku Ubezpieczonych prowadzących Działalność gospodarczą – zaprzestanie Działalności gospodarczej i wykreślenie wpisu z Ewidencji działalności gospodarczej lub uprawomocnienie się postanowienia o ogłoszeniu upadłości lub uprawomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości;

- c) w przypadku Ubezpieczonych wykonujących pracę na podstawie umowy zlecenia, umowy agencyjnej, kontraktu menedżerskiego lub innej podobnej umowy – rozwiązanie tej umowy, w wyniku których to zdarzeń Ubezpieczony uzyskał status osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku w rozumieniu przepisów Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
- 16) „**Ochrona ubezpieczeniowa**” – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Genworth (Ubezpieczyciela) z tytułu Umowy, na zasadach określonych w Warunkach.
 - 17) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, które nastąpiło w czasie, w którym Genworth (Ubezpieczyciel) udzielał Ochrony ubezpieczeniowej będącej bezpośrednią i wyłączną przyczyną Zdarzenia ubezpieczeniowego. W rozumieniu Warunków za przyczynę zewnętrzną, która wywołała Nieszczęśliwy wypadek, nie uważa się Choroby ani Choroby psychicznej.
 - 18) „**Choroba**” - zdiagnozowana przez Lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
 - 19) „**Choroba psychiczna**” – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.
 - 20) „**Choroba istniejąca**” - choroba zdiagnozowana lub leczona przez Lekarza lub obrażenia ciała powstałe w okresie 12 miesięcy kalendarzowych przed rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej, a także komplikacje albo powikłania spowodowane taką chorobą lub obrażeniami ciała, nawet jeśli wystąpiły w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
 - 21) „**Lekarz**” – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji.
 - 22) „**Czasowa niezdolność do pracy**” - każda choroba, stan chorobowy, obrażenie ciała Ubezpieczonego lub związane z nimi objawy, które przez czas określony w Warunkach nie pozwalają Ubezpieczonemu na wykonywanie dotychczasowej pracy lub prowadzenie Działalności gospodarczej, albo innych zajęć, które przynoszą dochód, tylko wówczas, gdy jest potwierdzona Zwolnieniem.
 - 23) „**Działalność gospodarcza**” – prowadzona przez Ubezpieczonego co najmniej 6 miesięcy kalendarzowych, w sposób nieprzerwany (za przerwę uważa się także okres zawieszenia prowadzenia działalności gospodarczej) jednoosobowa działalność gospodarcza podlegająca wpisowi do ewidencji działalności gospodarczej albo spółka cywilna lub handlowa spółka osobowa, której wspólnikiem odpowiadającym za zobowiązania spółki bez ograniczeń jest Ubezpieczony nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy.
 - 24) „**Hospitalizacja wskutek nieszczęśliwego wypadku**” – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, który to wypadek miał miejsce po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uważa się dzień przyjęcia Ubezpieczonego do szpitala, zaś za ostatni dzień pobytu w Szpitalu – dzień jego wypisania ze Szpitala z zastrzeżeniem, że na równi z pobytem w Szpitalu traktuje się okres pozostawiania Ubezpieczonego na Zwolnieniu, bezpośrednio po wyjściu ze Szpitala i w związku z tym samym Nieszczęśliwym wypadkiem, wskutek którego Ubezpieczony przebywał w Szpitalu.
 - 25) „**Szpital**” - zakład opieki zdrowotnej spełniający warunki określone w przepisach o zakładach opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych. W rozumieniu Warunków Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, zakład opiekuńczo-leczniczy, sanatorium, szpital sanatoryjny, szpital uzdrowiskowy.
 - 26) „**Świadczenia emerytalne lub rentowe**” – świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego, tj. emerytura lub renta inwalidzka.
 - 27) „**Zwolnienie**” - zaświadczenie lekarskie na druku ZUS ZLA lub karta informacyjna ze Szpitala, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy rozpoczęła się hospitalizacją, zaś w przypadku czasowej niezdolności do pracy trwającej ponad okres, w którym dopuszczalne jest zgodnie z przepisami prawa wystawianie zaświadczeń lekarskich na drukach ZUS ZLA - decyzja o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub decyzja ZUS o czasowej niezdolności do pracy albo inna równoważna decyzja podmiotu uprawnionego z mocy prawa do orzekania o niezdolności do pracy.
 - 28) „**Składka**” – składka opłacana miesięcznie przez Ubezpieczającego z tytułu Umowy do określonego w Umowie dnia każdego miesiąca, następującego po miesiącu, którego Składka ta dotyczy, należna za jednego Ubezpieczonego.
 - 29) „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**” – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie prawa do wypłaty Świadczenia, zgodnie z postanowieniami Warunków.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Genworth (Ubezpieczyciel) ubezpiecza zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) Czasową niezdolność do pracy,
 - b) Utratę pracy,
 - c) Hospitalizację wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Art. 3 WARUNKI PRZYSTĄPIENIA I UCZESTNICTWA W UBEZPIECZENIU

1. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje poprzez złożenie przez Posiadacza rachunku karty kredytowej Deklaracji przystąpienia. Posiadacz rachunku karty kredytowej wskazuje, której Karty dotyczy Deklaracja przystąpienia. Posiadacz rachunku karty kredytowej może złożyć Deklarację przystąpienia do kilku Kart pod warunkiem, że w odniesieniu do każdej z tych Kart jest jednocześnie objęty ochroną ubezpieczeniową na życie z tytułu ubezpieczenia „Spłata na Bank PLUS” kod OWU/PPI2/1/2015 przez Nationale-Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.

2. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Posiadacz rachunku karty kredytowej, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia ukończył 18. rok życia i nie ukończył 67. roku życia, przy czym wiek Posiadacza rachunku karty kredytowej rozumiany jest jako różnica pomiędzy rokiem, w którym została złożona Deklaracja przystąpienia, a rokiem urodzenia Posiadacza rachunku karty kredytowej.
3. Przyjęcie przez Ubezpieczającego Deklaracji przystąpienia od osoby, która nie spełnia warunku określonego w ustępie poprzednim nie wywołuje żadnych skutków prawnych.
4. Z zastrzeżeniem ust. 6 i 7, Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się z dniem aktywowania Karty a w przypadku złożenia Deklaracji przystąpienia dla danej Umowy karty w trakcie jej trwania – z dniem następującym po dniu złożenia Deklaracji przystąpienia.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 i 7, Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa z dniem zajścia najwcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - a) w ostatnim dniu cyklu rozliczenia Karty, w którym zostało złożone oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z obejmowania Ochroną ubezpieczeniową,
 - b) odstąpienia od Umowy karty lub jej rozwiązania,
 - c) śmierci Ubezpieczonego,
 - d) z dniem, w którym Ubezpieczony ukończył 67 rok życia,
 - e) w przypadku rozwiązania Umowy – z ostatnim dniem cyklu rozliczenia Karty, za który została opłacona Składka z tytułu objęcia Ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego,
 - f) z dniem zawarcia porozumienia pomiędzy Ubezpieczonym a Bankiem do Umowy karty w zakresie spłaty zadłużenia rachunku tej Karty w ratach,
 - g) nieopłacenia przez Ubezpieczającego należnej Składki, z zastrzeżeniem art. 7 ust.3,
 - h) rozwiązania albo wygaśnięcia umowy ubezpieczenia na życie „Spłata na Bank PLUS” kod OWU/PPI2/1/2015.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ryzyka Utraty pracy oraz ryzyka Czasowej niezdolności do pracy nie jest udzielana w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie pierwszych 90 dni następujących po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ta wygasa ponadto – poza przypadkami wskazanymi w ust. 5 powyżej - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony nabył prawo do Świadczeń emerytalnych lub rentowych.
7. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie ubezpieczenia Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje wyłącznie w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - a) w okresie pierwszych 90 dni następujących po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) po wygaśnięciu Ochrony ubezpieczeniowej przysługującej Ubezpieczonemu z tytułu Utraty pracy i Czasowej niezdolności do pracy, w związku z nabyciem przez Ubezpieczonego uprawnień do Świadczeń emerytalnych lub rentowych.
8. Ubezpieczony ma w każdym czasie prawo do złożenia oświadczenia woli o rezygnacji z obejmowania Ochroną ubezpieczeniową poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji. Oświadczenie o rezygnacji powinno być złożone Ubezpieczającemu.

Art. 4 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek należnych za poszczególnych Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczający w imieniu Genworth (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do potwierdzenia Ubezpieczonemu przystąpienia do ubezpieczenia oraz przekazania tekstu Warunków.

Art. 5 OBOWIĄZKI GENWORTH (UBEZPIECZYCIELA)

1. Genworth (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu wszelkich formularzy, za pośrednictwem Ubezpieczającego.
2. Genworth (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w szczególności wszelkich danych osób wymienionych w dokumentach, jakie zostały pozyskane przez Genworth (Ubezpieczyciela) w związku z Umową.
3. Genworth (Ubezpieczyciel) przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym i Ubezpieczonym.
4. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Genworth (Ubezpieczyciel) jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia na zasadach określonych w Warunkach.

Art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

W celu prawidłowego wykonywania Umowy Ubezpieczony powinien poinformować Genworth (Ubezpieczyciela) o każdej zmianie swoich danych podanych w Deklaracji przystąpienia i/lub zgłoszeniu roszczenia.

Art. 7 SKŁADKA

1. W celu obliczenia składki ubezpieczeniowej należnej od Ubezpieczającego oraz wykonania przez Genworth (Ubezpieczyciela) przyjętych w niniejszych Warunkach zobowiązań, Ubezpieczony jest zobowiązany do zwolnienia Banku z tajemnicy bankowej, w zakresie udzielenia Genworth (Ubezpieczycielowi) oraz Ubezpieczającemu informacji o Saldzie zadłużenia, oraz o minimalnej wymaganej kwocie spłaty zadłużenia na Karcie, na odpowiedni dzień wynikający z Warunków.
2. Za zapłatę składki odpowiedzialny jest wyłącznie Ubezpieczający. Podstawą naliczenia Składki w danym miesiącu za danego Ubezpieczonego jest Saldo zadłużenia z ostatniego dnia cyklu rozliczenia Rachunku karty kredytowej wskazanego w Umowie karty.
3. W przypadku nieopłacenia kolejnej należnej Składki Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do jej zapłacenia w dodatkowym terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania do zapłaty z zagrożeniem, że brak opłacenia należnej Składki będzie skutkowało wygaśnięciem Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonych, za których należna Składka nie została opłacona.

Art. 8 ŚWIADCZENIE

Postanowienia ogólne

1. Z zastrzeżeniem kolejnych ustępów niniejszego artykułu, w przypadku zajścia któregokolwiek ze Zdarzeń ubezpieczeniowych Genworth (Ubezpieczyciel) będzie wypłacał Ubezpieczonemu Świadczenia miesięczne w wysokości minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia na Karcie w dniu ostatniego miesięcznego rozliczenia Karty, ustalonego zgodnie z Umową karty, poprzedzającego dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie mniej jednak niż 50 zł oraz nie więcej niż 5% Salda zadłużenia i nie więcej niż 5000 złotych.
2. W okresie każdego kolejnych 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczony nabywa prawo do wypłaty maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych. W razie nie wykorzystania limitu liczby 6 Świadczeń w danym 12-miesięcznym okresie, niewykorzystana liczba Świadczeń nie jest doliczana do limitu w kolejnym 12-miesięcznym okresie.
3. Przez okres oczekiwania, o którym mowa w kolejnych ustępach niniejszego artykułu rozumie się okres pierwszych 30 dni począwszy od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Warunkiem zaliczenia okresu oczekiwania do okresu, od którego zależy nabycie prawa do Świadczenia jest:
 - a) w odniesieniu do Utraty pracy – nieprzerwane posiadanie przez Ubezpieczonego w tym okresie statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych,
 - b) w odniesieniu do Czasowej niezdolności do pracy – nieprzerwana niezdolność do pracy Ubezpieczonego w tym okresie, potwierdzona Zwolnieniem.

Świadczenie z tytułu Utraty pracy

5. Świadczenie z tytułu Utraty pracy przysługuje pod warunkiem, że Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wystąpił w okresie wskazanym w Artykule 3 ust. 6.
6. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Utraty pracy po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, liczonych od dnia zakończenia okresu oczekiwania.
7. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdego następnego, nieprzerwanego, 30 dniowego okresu posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
8. Z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych (Suma ubezpieczenia na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe). W każdym kolejnym 12-miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych.
9. W przypadku kolejnej Utraty pracy przez Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Świadczenie ustalone jest odpowiednio zgodnie z zasadami określonymi w ustępach poprzednich.

Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy

10. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy przysługuje pod warunkiem, że pierwszy dzień niezdolności do pracy miał miejsce w okresie wskazanym w Artykule 3 ust. 6.
11. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Czasowej niezdolności do pracy po upływie 30 dni nieprzerwanej Czasowej niezdolności do pracy potwierdzonej w całości Zwolnieniami, liczonych od dnia zakończenia okresu oczekiwania.
12. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdego następnego, nieprzerwanego, 30 dniowego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego potwierdzonej w całości Zwolnieniami.
13. Z tytułu jednego zdarzenia Czasowej niezdolności do pracy przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych (Suma ubezpieczenia na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe). W każdym kolejnym 12-miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych.
14. W przypadku ponownego zgłoszenia roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, kolejne Świadczenia przysługują zgodnie z poniższymi zasadami:
 - a) w przypadku, gdy kolejna niezdolność Ubezpieczonego do pracy wynika z tej samej przyczyny, pomiędzy wystąpieniem poprzedniej niezdolności do pracy a wystąpieniem kolejnej niezdolności do pracy powinien upłynąć nieprzerwany okres co najmniej 180 dni,
 - b) w przypadku, gdy kolejna niezdolność Ubezpieczonego do pracy wynika z innej przyczyny – powinien odpowiednio upłynąć nieprzerwany okres co najmniej 30 dni.

Świadczenie z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku

15. Prawo do Świadczenia z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje Ubezpieczonemu w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w okresie wskazanym w Artykule 3 ust. 7.
16. Ubezpieczony nabywa prawo do pierwszego Świadczenia miesięcznego z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku po upływie 14 dni nieprzerwanej hospitalizacji potwierdzonej w całości dokumentami wskazanymi w Warunkach.
17. Ubezpieczony nabywa prawo do kolejnych Świadczeń miesięcznych po upływie każdego następującego po okresie, o którym mowa w ustępie poprzednim, nieprzerwanego, 30 dniowego okresu hospitalizacji, potwierdzonego w całości dokumentami wskazanymi w Warunkach.
18. Z tytułu jednego zdarzenia Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku przysługuje nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych (Suma ubezpieczenia na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe) w każdym kolejnym 12-miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

Zbięg praw do Świadczeń

19. W razie zbiegu praw do Świadczeń z tytułu różnych Zdarzeń ubezpieczeniowych Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno Świadczenie z tytułu tego zdarzenia, do którego nabył on prawo wcześniej. Jednakże w razie ustania tego Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony nabędzie prawo do kolejnego Świadczenia miesięcznego, jeżeli drugie ze Zdarzeń ubezpieczeniowych pozostających w zbiegu będzie nadal trwało przez nieprzerwany okres wymagany zgodnie z powyższymi postanowieniami do nabycia prawa do tego świadczenia, obliczony poczynając od dnia następnego po dniu nabycia przez Ubezpieczonego prawa do ostatniego świadczenia z tytułu poprzedniego Zdarzenia ubezpieczeniowego.
20. Okresy, od których zależy prawo do poszczególnych Świadczeń muszą być nieprzerwane i pełne. Ubezpieczyciel nie wypłaca Świadczeń miesięcznych częściowo lub proporcjonalnie do niepełnych okresów, w których występowały zdarzenia Utraty pracy, Czasowej niezdolności do pracy lub Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku.

ART. 9 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia Ubezpieczony przekazuje Ubezpieczycielowi informację o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Hospitalizacja wskutek nieszczęśliwego wypadku

2. W przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia z tytułu Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać do Ubezpieczyciela (Genworth) następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz Zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) historię choroby pochodzącą ze Szpitala,
 - c) dodatkowo przed każdorazową wypłatą Świadczenia miesięcznego – zaświadczenie ze Szpitala o okresie pobytu w Szpitalu,
 - d) dokumentację zgromadzoną w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem przez Policję (jeżeli wypadek został zgłoszony Policji).

Czasowa niezdolność do pracy

3. W przypadku zgłoszenia roszczenia o Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczony jest zobowiązany przekazać do Ubezpieczyciela (Genworth) następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz Zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) Zwolnienie,
 - c) dokumentację medyczną dotyczącą Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Utrata pracy

4. W przypadku zgłoszenia roszczenia o Świadczenie z tytułu Utraty pracy, Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać do Ubezpieczyciela (Genworth) następujące dokumenty:
 - a) wypełniony formularz Zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - b) zaświadczenie o nadaniu Ubezpieczonemu statusu osoby bezrobotnej wydane przez właściwy urząd pracy,
 - c) dokument potwierdzający rozwiązanie umowy o pracę lub innej umowy na podstawie, której Ubezpieczony wykonywał pracę, a w przypadku Ubezpieczonych prowadzących działalność gospodarczą – zaświadczenie o wykreśleniu Ubezpieczonego z ewidencji działalności gospodarczej,
 - d) zaświadczenie o prawie do zasiłku dla bezrobotnych dotyczące miesiąca, za który Ubezpieczony wnioskuje o wypłatę Świadczenia.

Zasady ogólne

5. Po wypłacie pierwszego Świadczenia miesięcznego, w kolejnych miesiącach Ubezpieczony otrzyma dokument zawierający informacje dotyczące ostatniego wypłaconego Świadczenia oraz informacje na temat sposobu postępowania w celu otrzymania kolejnego Świadczenia miesięcznego wraz ze wskazaniem wymaganych dokumentów
6. Ponadto Genworth (Ubezpieczyciel) może prosić o przedstawienie innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Genworth (Ubezpieczyciela) lub do określenia tytułu wypłaty Świadczenia.
7. Dokumenty powinny być dostarczone do Genworth (Ubezpieczyciela) w oryginałach.
8. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów, należy dostarczyć ich kopie poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przez osobę reprezentującą w tym zakresie Genworth (Ubezpieczyciela) lub Ubezpieczającego.
9. Dokumenty potrzebne do wypłaty Świadczenia mogą być potwierdzone za zgodność z oryginałem także przez pracownika podmiotu wydającego dany dokument.
10. Jeżeli dostarczenie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, Szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia nie zamierza ich przedstawić, osoba ta zobowiązana jest do podania nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.
11. W przypadku dokumentów sporządzonych w innym języku wskazane jest, aby dokumenty te były przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego oraz w przypadku dokumentów urzędowych, uprzednio poświadczone przez polski konsulat lub przez inny uprawniony do tego organ.
12. Wypłata Świadczenia nastąpi niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania przez Genworth (Ubezpieczyciela) zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Genworth (Ubezpieczyciela) lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, jednak bezpieczna część Świadczenia zostanie wypłacona w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.

13. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Genworth (Ubezpieczyciel) informuje o tym pisemnie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
14. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty Świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Genworth (Ubezpieczyciela), na adres Administratora.
15. Świadczenie należne Ubezpieczonemu wypłacane jest na Rachunek karty. W przypadku, gdy w chwili wypłaty Świadczenia Rachunek karty jest zamknięty Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie na wskazany przez Ubezpieczającego inny rachunek bankowy Ubezpieczonego prowadzony przez Ubezpieczającego. W przypadku, gdy w chwili wypłaty Świadczenia Ubezpieczony nie posiada żadnego rachunku prowadzonego przez Ubezpieczającego, Świadczenie wypłacane jest na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.

Art. 10 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Wyłączenia ogólne

1. Genworth (Ubezpieczyciel) nie wypłaci Świadczenia jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie:
 - a) aktów terroryzmu,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach, bójkach (z wyjątkiem działania w obronie koniecznej),
 - d) zdarzenia bezpośrednio związanego z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku

2. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 odpowiedzialność Genworth (Ubezpieczyciela) z tytułu Czasowej niezdolności do pracy i Hospitalizacji wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wyłączona dodatkowo, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy albo Hospitalizacja wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wynikiem:
 - a) każdej Choroby istniejącej u Ubezpieczonego, jeżeli jednocześnie pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy przypada w okresie 12 miesięcy po rozpoczęciu Ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) bólu kręgosłupa lub innych dolegliwości z tym związanych, odczuwanych przez Ubezpieczonego, chyba że istnieje dokumentacja medyczna potwierdzająca ten stan (badania w postaci wyników prześwietlenia, rezonansu elektromagnetycznego lub tomografii komputerowej);
 - c) Choroby psychicznej lub zaburzeń umysłowych Ubezpieczonego, w tym wynikających ze stresu lub stanów wywoływanych stresem, chyba że choroba lub zaburzenia zostaną zdiagnozowane przez psychiatrę;
 - d) spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażywania narkotyków lub innych środków odurzających, leków dostępnych wyłącznie na receptę jednak nie przepisanych Ubezpieczonemu przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza lub nieszczęśliwego wypadku, powstałego na skutek spożycia przez Ubezpieczonego alkoholu, zażycia narkotyków lub innych środków odurzających, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza;
 - e) operacji lub leczenia Ubezpieczonego, które z medycznego punktu widzenia nie są niezbędne do ratowania życia lub przywrócenia stanu zdrowia, w tym operacji kosmetycznej lub upiększającej;
 - f) samookaleczenia Ubezpieczonego, niezależnie od tego czy dokonane w stanie poczytalności czy niepoczytalności lub okaleczenia dokonane przez osobę trzecią na prośbę Ubezpieczonego;
 - g) nieuzasadnionej odmowy przez Ubezpieczonego skorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub wykwalifikowanego personelu, chyba że miały one na celu ratowanie życia Ubezpieczonego w związku z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony;
 - h) popełnionego przez Ubezpieczonego przestępstwa lub wykroczenia, w tym wypadku drogowego spowodowanego przez Ubezpieczonego;
 - i) wypadku związanego z uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznego lub ekstremalnego sportu: boks, bobslejów, saneczkarstwa, sportu motorowego, jazdy konnej, wspinaczki górskiej, speleologii i wspinaczki skałkowej, paralotniarstwa, lotniarstwa, baloniarstwa, spadochroniarstwa, szermierki, sportu obronnego, kajakarstwa wysokogórskiego, skoków do wody, nurkowania ze sprzętem;
 - j) czynnego udziału Ubezpieczonego w zawodach sportowych, wyścigach, rajdach lub pokazach powiązanych z uprawianiem wyżej wymienionego niebezpiecznego lub ekstremalnego sportu;
 - k) uczestnictwa Ubezpieczonego w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego, który nie posiadał licencji na przewóz pasażerów.

Wyłączenia dotyczące ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy

3. Oprócz wyłączeń ogólnych, o których mowa w ust. 1 odpowiedzialność Genworth (Ubezpieczyciela) z tytułu Utraty pracy jest wyłączona dodatkowo, jeżeli:
 - a) przed dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony został poinformowany (pisemnie bądź ustnie), że utraci pracę;
 - b) przed dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony został poinformowany pisemnie przez pracodawcę o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę i związanymi z tym faktem zmianami sposobu zatrudnienia lub redukcji zatrudnienia, dotyczącymi bezpośrednio Ubezpieczonego;
 - c) utrata pracy nastąpiła wskutek wygaśnięcia umowy o pracę (w szczególności wygaśnięcia umowy o pracę zawartej na czas określony, na okres próbny, na zastępstwo), wypowiedzenia umowy o pracę przez

Ubezpieczonego, rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy Ubezpieczonego na podstawie art. 52 Kodeksu pracy, rozwiązania umowy o pracę na mocy porozumienia stron chyba, że do porozumienia stron doszło z inicjatywy pracodawcy, zaś do rozwiązania umowy o pracę na tej podstawie miały zastosowanie przepisy ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników;

- d) Ubezpieczony był zatrudniony przez przedsiębiorcę będącym dla Ubezpieczonego krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia włącznie lub Ubezpieczony był w dniu Utraty pracy współnikiem (akcjonariuszem) spółki osobowej lub kapitałowej, lub członkiem organów zarządczych przedsiębiorcy zatrudniającego Ubezpieczonego z wyłączeniem sytuacji, kiedy dochodzi do upadłości lub likwidacji przedsiębiorcy.

Art. 11 OŚWIADCZENIA UCZESTNIKÓW STOSUNKU UBEZPIECZENIA

1. Oświadczenia Ubezpieczonego związane ze zmianą danych osobowych jak również dotyczące rezygnacji z ubezpieczenia należy składać w formie pisemnej Ubezpieczającemu.
2. Dokumentację dotyczącą wypłaty Świadczenia należy kierować na adres siedziby Administratora.
3. Pozostałe oświadczenia mogą być składane przez uczestników stosunku ubezpieczenia za pośrednictwem Banku, w szczególności przy wykorzystaniu drogi elektronicznej oraz środków porozumiewania się na odległość, o ile Ubezpieczony uzgodnił z Bankiem taką formę kontaktu.

Art. 12 KORESPONDENCJA

Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski kierowane do Genworth (Ubezpieczyciela) w związku z Umową powinny być składane na adres Administratora.

Genworth
ul. E. Plater 53
00-113 Warszawa
Budynek WFC

Art. 13 SKARGI

1. Skargi lub zażalenia dotyczące realizacji przez Genworth (Ubezpieczyciela) Umowy mogą być składane pisemnie, osobiście lub w innej wybranej formie. W przypadku wyboru formy pisemnej, skargi lub zażalenia należy przysyłać na adres Administratora określony w art. 12. W celu ułatwienia i przyspieszenia rzetelnego rozpatrzenia reklamacji, reklamację należy złożyć niezwłocznie po wystąpieniu okoliczności budzących wątpliwości i zastrzeżenia, chyba że okoliczności wymagające wyjaśnienia nie będą miały wpływu na sposób procedowania z reklamacją.
 2. Osoba składająca skargę lub zażalenie może żądać potwierdzenia wpływu skargi lub zażalenia. Ubezpieczyciel może żądać pisemnego potwierdzenia skargi lub zażalenia złożonego w innej formie niż pisemna.
 3. W treści skargi lub zażalenia należy wskazać imię i nazwisko oraz adres korespondencyjny osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie, a także numer Umowy karty, w związku z którą świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa.
 4. Odpowiedzi na skargi lub zażalenia udzielane są na piśmie w postaci papierowej (przesyłką pocztową) niezwłocznie, najpóźniej w terminie 14 dni od dnia ich otrzymania.
 5. Odpowiedzi na skargi lub zażalenia udziela Administrator.
1. Skargi lub zażalenia w sprawach związanych z Umową można także złożyć do Rzecznika Finansowego lub Komisji Nadzoru Finansowego.

Art. 14 SYSTEM MONETARNY

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

Art. 15 ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa podlega przepisom prawa polskiego. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach stosuje się powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
2. Pozew o roszczenie wynikające z Umowy może być złożony do sądu właściwego dla siedziby Ubezpieczającego, miejsca zamieszkania Ubezpieczonego albo do sądu właściwego dla siedziby Genworth (Ubezpieczyciela).

Art. 16 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Niniejsze Warunki wchodzą w życie z dniem 1 stycznia 2016 roku.