

TF Bank Polska – Wyciąg z ogólnych warunków ubezpieczenia spłaty zadłużenia PPI (Payment Protection Insurance) z dnia BFTFP1015

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się do umowy grupowego ubezpieczenia, zawartej pomiędzy TF Bank a Zakładem Ubezpieczeń.

Ubezpieczenie składa się z dwóch części. Ochrona kredytu dla osób powyżej 18 roku życia oraz posiadających zatrudnienie oraz ochroną kredytu dla osób pobierających świadczenie emerytalne w postaci renty bądź emerytury. Zastosowanie mają odpowiednie zapisy poniżej:

Część I Dla wszystkich osób powyżej 18 roku życia oraz posiadających zatrudnienie.

§ 1. Podmioty ubezpieczenia indywidualnego:

1. Do ubezpieczenia przystąpić mogą wszystkie osoby zakwalifikowane przez TF Bank, które spełniają poniższe wymogi w momencie przystąpienia do kredytu:

1) Mieszkają i są zameldowane w Polsce.

2) Ukończyły 18 rok życia.

3) Posiadają udokumentowany dochód z jednego z następujących źródeł: -umowa o pracę na czas określony lub, -umowa o pracę na czas nieokreślony lub, -umowa zlecenie lub, -umowa o dzieło; 3a) Okres zatrudnienia wynikający z umowy o pracę na czas określony powinien być dłuższy niż okres kredytowania; 3b) Pracują w pełnym wymiarze godzin i nie otrzymują zasiłku chorobowego, emerytury, renty itp. oraz posiadają zatrudnienie u tego samego pracodawcy, w wymiarze czasu pracy wynoszącym minimum 22 godziny tygodniowo, przez co najmniej sześć kolejnych miesięcy do momentu przystąpienia do ubezpieczenia.

4) Są ubezpieczone w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS).

§ 2. Okres ubezpieczenia

1. Odpowiedzialność TF Bank w stosunku do ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wyznaczonym w certyfikacie ubezpieczeniowym, nie wcześniej jednak niż po upływie okresu karencji wynoszącym 30 dni dla zakresu określonego w §4.1 oraz 90 dni dla zakresu określonego w §4.2 niniejszych warunków.

2. Ubezpieczenie obowiązuje w okresach miesięcznych, które są automatycznie odnawiane, o ile nie doszło do odstąpienia bądź wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, o czym mowa w § 8.3 oraz § 8.4.

3. Łączny okres trwania ubezpieczenia wynosi nie więcej niż okres kredytowania.

4. Ubezpieczenie obowiązuje przez 24 godziny na dobę, zarówno w czasie pracy, jak i w czasie wolnym od pracy.

5. Ubezpieczenie zostanie automatycznie zmienione na "Dla osób pobierających świadczenie emerytalne w postaci renty bądź emerytury" w momencie, w którym ubezpieczony przejdzie na emeryturę lub rentę.

§ 3. Zakres terytorialny ubezpieczenia

Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Polski oraz poza jej granicami, jeśli pobyt za granicą nie trwa dłużej niż trzy miesiące. Za przerwę w pobycie poza terytorium Polski nie uznaje się tymczasowych wizyt w Polsce u lekarza, w szpitalu, w celach zawodowych, urlopu itp.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia / świadczenia

Przedmiotem ubezpieczenia jest spłata rat kredytu należnych TF Bank w związku z umową kredytu, do zapłaty których zobowiązany jest Ubezpieczony, który w okresie ubezpieczenia nie posiada zdolności spłaty rat kredytu na skutek:

1. Całkowita niezdolność do pracy

Jeśli po upływie okresu karencji ubezpieczony w wyniku nagłego i nieprzewidzianego urazu lub choroby stanie się całkowicie niezdolny do pracy przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni (okres kwalifikacyjny), zostanie mu wypłacone świadczenie naliczane od pierwszego dnia niezdolności. Wysokość świadczenia wynosi 1/30 kwoty ubezpieczenia za każdy dzień całkowitej niezdolności do pracy. Świadczenie jest wypłacane przez okres nie dłuższy niż 365 dni.

Przed rozpoczęciem okresu ochrony ubezpieczeniowej świadczenie nie jest wypłacane. Świadczenie wypłacane jest bezpośrednio do TF Bank.

Okresy całkowitej niezdolności do pracy, które nie są oddzielone okresem co najmniej 90 dni ciągłej pracy, zostaną uznane za jeden i ten sam okres niezdolności do pracy. Zasada ta nie obowiązuje, jeśli nowy okres niezdolności do pracy nastąpił wskutek całkowicie innych przyczyn, niż okres poprzedni. Aby móc ponownie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej po jej wykorzystaniu, obowiązuje nowy okres kwalifikacyjny w wymiarze 180 dni nieprzerwanej pracy.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje ubezpieczonego, któremu przysługuje w ramach ubezpieczenia z ZUS: prawo do zasiłku chorobowego, zasiłku opiekuńczego lub renty.

2. Bezrobocie przymusowe

Jeśli po upływie okresu karencji ubezpieczony przebywa na bezrobociu przymusowym przez okres dłuższy niż 30 kolejnych dni (okres kwalifikacyjny), zostanie mu wypłacone świadczenie naliczane od pierwszego dnia bezrobocia. Wysokość świadczenia wynosi 1/30 kwoty ubezpieczenia za całkowity okres trwania bezrobocia.

Świadczenie jest wypłacane przez okres nie dłuższy niż 365 dni. Przed rozpoczęciem okresu ochrony ubezpieczeniowej świadczenie nie jest wypłacane. Świadczenie wypłacane jest bezpośrednio do TF Bank.

Okresy całkowitego bezrobocia przymusowego, które nie są oddzielone okresem co najmniej 90 dni ciągłej pracy, zostaną uznane za jeden i ten sam okres bezrobocia. Zasada ta nie obowiązuje, jeśli nowy okres trwania bezrobocia nastąpił wskutek całkowicie innych przyczyn, niż ten poprzedni. Aby móc ponownie skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej po jej wykorzystaniu, obowiązuje nowy okres kwalifikacyjny w wymiarze 180 dni nieprzerwanej pracy.

§ 5. Suma Ubezpieczenia / Świadczenia:

1. Suma Ubezpieczenia pokrywa comiesięczną ratę spłaty kredytu (kapitał plus odsetki) z wyłączeniem odsetek za niedokonanie płatności w terminie, kar za zwłokę oraz innych kosztów związanych z niedokonaniem płatności i jej obsługą.

2. Maksymalna suma ubezpieczenia wynosi 1000 PLN miesięcznie, nie więcej jednak niż określona w umowie kredytu rata kredytu.

§ 6. Wyłączenia odpowiedzialności:

1. W przypadku całkowitej niezdolności do pracy, świadczenie nie jest wypłacane za:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, które nastąpiły w ciągu 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do ubezpieczenia i w następstwie których ubezpieczony odniósł szkodę lub odwiedził lekarza i był leczony.
- 2) Wypalenie zawodowe, stres, depresję i podobne zaburzenia.
- 3) Choroby umysłowe, zaburzenia nerwowe i psychiczne.
- 4) Lumbago lub inne dolegliwości kręgosłupa, których istnienie potwierdza dokumentacja medyczna (np. zdjęcie rentgenowskie itp.) lub lekarz mogący dowieść, że zostało przeprowadzone dochodzenie potwierdzające dolegliwość.
- 5) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, które zostały spowodowane umyślnie.
- 6) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę w wyniku popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego.
- 7) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, spowodowane wskutek znajdowania się pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających, środków nasennych lub narkotyków.
- 8) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, spowodowanych wskutek uprawiania lub trenowania sportu wyczynowego.;

2. W przypadku bezrobocia przymusowego, świadczenie nie jest wypłacane za: 1) Pracę w niepełnym wymiarze godzin, bezrobocie przejściowe lub sezonowe.

- 2) Wygaśnięcie lub rozwiązanie stosunku pracy, o którym było wiadomo lub o którym ubezpieczony powinien wiedzieć w chwili przystępowania do ubezpieczenia.
- 3) Bezrobocie dobrowolne.
- 4) Bezrobocie w przypadku, gdy ubezpieczony nie jest zarejestrowany jako bezrobotny w Urzędzie Pracy.
- 5) Bezrobocie powstałe wskutek rozwiązania stosunku pracy z winy ubezpieczonego lub zwolnienia go w następstwie działania przez niego na szkodę pracodawcy.
- 6) Rozwiązanie stosunku pracy lub utratę pracy, które nastąpiły w ciągu pierwszych 90 dni obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.
- 7) Utratę pracy wskutek zwykłego wygaśnięcia stosunku pracy lub zatrudnienia tymczasowego.
- 8) Utratę pracy wskutek strajku lub bezprawnych czynów popełnionych przez ubezpieczonego.
- 9) Utratę pracy w wyniku zakończenia stosunku pracy zawartego na czas określony z upływem okresu, na który został zawarty, chyba, że został zawarty kolejny stosunek pracy lub stosunek służbowy z dotychczasowym pracodawcą na kolejny, bezpośrednio następujący (tzn. gdy przerwa pomiędzy okresami zatrudnienia trwa nie dłużej niż 7 dni roboczych) po zakończeniu poprzedniego okresu zatrudnienia (ciągłość zatrudnienia).;

3. Ogólne wyłączenie odpowiedzialności dotyczące całości ochrony ubezpieczeniowej

Zakład Ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności w przypadku:

1. Wojny, inwazji, działań lub zagrożeń ze strony wrogów zewnętrznych (niezależnie od przyczyn wypowiedzenia wojny), wojny domowej, rewolucji, zbrojnego zamachu stanu lub rozruchów.
2. Promieniowania lub skażenia wskutek aktywności promieniotwórczej paliw jądrowych lub składowania paliw jądrowych, ich wykorzystania lub eksploatacji.

§ 7. Tryb dochodzenia roszczeń

Zawiadomienie o nieszczęśliwym wypadku, nagłej chorobie lub utracie pracy nie z własnej winy należy niezwłocznie zgłosić do

Zakładu Ubezpieczeń za pośrednictwem Centrum Autoryzacji Szkód (CAS), w terminie nie późniejszym niż 180 dni od zachorowania, nieszczęśliwego wypadku lub przejścia na przymusowe bezrobocie.

1. W przypadku całkowitej niezdolności do pracy –

Wnioskujący o wykonanie zobowiązania z tytułu nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania, powinien niezwłocznie przekazać do Zakładu Ubezpieczeń za pośrednictwem CAS:

- a) Kopię potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- b) Zaświadczenie lekarskie stwierdzające zaistnienie wypadku/zachorowania i przyczyny niezdolności ubezpieczonego do pracy.
- c) Dowód otrzymania zasiłku chorobowego lub renty od ZUS.
- d) Zakład Ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczonego stawienia się na badaniu u specjalnie wyznaczonego lekarza. Koszt badania ponosi Zakład Ubezpieczeń.
- e) Inne dokumenty, które mogą być istotne dla oceny sprawy.;

2. W przypadku bezrobocia przymusowego

Wnioskujący o wykonanie zobowiązania z tytułu bezrobocia przymusowego, powinien niezwłocznie złożyć do Zakładu Ubezpieczeń za pośrednictwem CAS osoby posiadające umowę o pracę:

- a) Kopię potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- b) Zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające, że ubezpieczony jest zarejestrowany jako bezrobotny i spełnia warunki określone w ubezpieczeniu społecznym niezbędne do otrzymania świadczenia pieniężnego w postaci zasiłku dla bezrobotnych..
- c) Zaświadczenie od ostatniego pracodawcy zawierające informacje na temat przyczyny utraty pracy przez ubezpieczonego i okresu wykonywania pracy przez ubezpieczonego na rzecz tego pracodawcy.
- d) Inne dokumenty, które mogą być istotne dla oceny sprawy.

§ 8. Ogólne postanowienia:

1. Składka

Składka opłacana jest przez TF Bank zgodnie z umową grupowego ubezpieczenia zawartą pomiędzy TF Bank a Zakładem Ubezpieczeń.

2. Zmiany w umowie

Zmiany w umowie mogą być dokonywane zgodnie z umową grupowego ubezpieczenia, zawartą pomiędzy TF Bank a Zakładem Ubezpieczeń.

3. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

1. Z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem z innych przyczyn, tj. Klient zalegał ze spłatą kredytu i jego dług został przekazany do windykacji, a tym samym umowa kredytowa została zakończona.
2. Ubezpieczenie wygasa w przypadku śmierci ubezpieczonego.
3. Ubezpieczenie wygasa w chwili ukończenia przez ubezpieczonego 75 roku życia.;

4. Obowiązujące prawo i jurysdykcja

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia oraz certyfikatu mają zastosowanie przepisy Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U.03, nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) i Kodeksu Cywilnego z 23 kwietnia 1964 r. (Dz.U. 64, nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
2. Organem nadzorującym działalność Zakładu Ubezpieczeń na terenie Polski jest KNF.
3. W sytuacji uzyskania odmowy uwzględnienia roszczeń, Ubezpieczający / Ubezpieczony ma możliwość odwołania się od otrzymanego stanowiska:

- a) bezpośrednio do WAGAS (w formie pisemnej, ustnej lub elektronicznej) lub,
- b) poprzez złożenie wniosku do Rzecznika Finansowego lub,
- c) poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego i sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy

5. Skargi i zażalenia

- 1) Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Zakładu Ubezpieczeń powinny być składane za pośrednictwem CAS, na piśmie, za pokwitowaniem odbioru lub przesłane do CAS listem poleconym.
- 2) Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązani są informować Zakład Ubezpieczeń za pośrednictwem CAS o każdej zmianie swojego adresu.
- 3) Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający / Ubezpieczony mogą zgłaszać do HISCOX za pośrednictwem WAGAS. Reklamacje mogą być składane w formie:
 - a) pisemnej – osobiście w siedzibie WAGAS przy ul. Świętojerskiej 5/7 w Warszawie, 00-236 lub przesyłką pocztową na ww. adres;
 - b) ustnie – telefonicznie pod numerem (22) 860 03 78 lub osobiście w siedzibie WAGAS;

c) elektronicznej – na adres poczty elektronicznej: reklamacje@wagas.pl.

Odpowiedź na przekazaną reklamację zostanie udzielona bez zbędnej zwłoki, maksymalnie w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnych przypadkach czas rozpatrzenia reklamacji może się wydłużyć do 60 dni. W takiej sytuacji osoba zgłaszająca reklamację zostanie poinformowana o przyczynach opóźnienia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia roszczenia.

Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w formie:

a) papierowej / za pomocą innego trwałego nośnika informacji;

b) elektronicznej (wyłącznie na wniosek osoby zgłaszającej reklamację).

4) Korespondencja Zakładu Ubezpieczeń z Ubezpieczonym odbywać się będzie za pośrednictwem CAS: **Centrum Autoryzacji Szkód (CAS): WAGAS S.A. ul. Świętojerska 5/7, 00-236 Warszawa, Email: szkodtyfbank@wagas.pl; tel.: 22-860 03 78;**

5) W celu uzyskania odpowiedzi na wszelkie inne pytania niż te dotyczące obsługi szkód prosimy o kontakt bezpośredni z TF Bank pod numerem telefonu: **22-274 29 44;**

6. Ustawa o ochronie danych osobowych

Zakład Ubezpieczeń jest odpowiedzialny za ochronę danych osobowych.

Zakład Ubezpieczeń oraz jego dostawcy przetwarzają otrzymane dane osobowe i inne dane personalne, które mają związek z ubezpieczeniem. Dane te mogą być również wykorzystane w celu tworzenia nowych ofert produktów ubezpieczeniowych przesyłanych drogą pocztową, telefoniczną lub mailową. Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych, ubezpieczony ma prawo do uzyskania wszelkich odpowiedzi i informacji na temat przetwarzania jego danych osobowych. Ubezpieczony może w każdej chwili skontaktować się z Zakładem Ubezpieczeń w celu korekty błędnych danych.

7. Zakład Ubezpieczeń

Zakładem Ubezpieczeń jest Lloyd's Underwriters 4444 Canopus, B0621P33097016.

§ 9. Definicje:

1. Nieszczęśliwy wypadek

Niezależnie od woli ubezpieczonego nagłe zdarzenie losowe, wywołane przyczyną zewnętrzną, wskutek którego ubezpieczony w okresie ochrony ubezpieczeniowej doznał uszkodzenia ciała, co doprowadziło do całkowitej niezdolności do pracy.

2. Choroba

Chorobą określane jest schorzenie skutkujące całkowitą niezdolnością do pracy, na które cierpi obecnie ubezpieczony, a na które nie cierpiał na 12 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

3. Całkowita niezdolność do pracy

Udokumentowany zaświadczeniem lekarskim stan, w którym ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do pracy oraz, w którym naruszona została sprawność organizmu ubezpieczonego i otrzymuje on zasiłek chorobowy lub rentę z ZUS.

4. Bezrobocie przymusowe

W przypadku osób zatrudnionych na umowę o pracę oznacza utratę pracy przez ubezpieczonego nie z własnej winy, wskutek czego jest on całkowicie bezrobotny, nie odrzuca ofert pracy składanych przez Urząd Pracy i jest zarejestrowany w Urzędzie Pracy.

§ 10. Wystąpienie z ubezpieczenia grupowego przez ubezpieczonego:

1. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie wystąpić (zrezygnować) z umowy ubezpieczenia grupowego zawartej pomiędzy TF Bank a Zakładem Ubezpieczeń bez dodatkowych opłat. Wystąpienie (rezygnacja) następuje poprzez złożenie przez ubezpieczonego pisemnego oświadczenia na adres TF Banku, który powiadamia o tym Zakład Ubezpieczeń.

2. Ubezpieczony równocześnie z oświadczeniem o wystąpieniu (rezygnacji) z umowy ubezpieczenia grupowego zobowiązany jest przedłożyć TF Bankowi dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia kredytu z innym ubezpieczycielem spełniającej minimalne wymogi określone w umowie kredytu zawartej pomiędzy ubezpieczonym a TF Bankiem.

3. TF Bank dokonuje weryfikacji czy ubezpieczenie kredytu przedstawione przez ubezpieczonego spełnia minimalne wymogi określone w umowie kredytu. Negatywny wynik weryfikacji skutkuje bezskutecznością wystąpienia (rezygnacji) z umowy ubezpieczenia grupowego.

4. W razie skutecznego wystąpienia (rezygnacji) przez ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego Zakład Ubezpieczeń zwraca TF Bankowi, a TF Bank ubezpieczonemu część pobranej składki / opłaty za ubezpieczenie kredytu za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

5. Wystąpienie (rezygnacja) z umowy ubezpieczenia grupowego następuje z chwilą złożenia TF Bankowi przez ubezpieczonego skutecznego oświadczenia o wystąpieniu (rezygnacji) z tego ubezpieczenia.

Część II Ochrona pożyczki dla osób pobierających świadczenie emerytalne w postaci renty bądź emerytury.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się do umowy grupowego ubezpieczenia, zawartej pomiędzy TF Bank a Zakładem Ubezpieczeń. Ubezpieczenie może być zawarte przez osobę która zawarła umowę finansową (kredyt prywatny) z TF Bank AB.

§ 1. Podmioty ubezpieczenia indywidualnego:

1. Do ubezpieczenia przystąpić mogą wszystkie osoby zakwalifikowane przez TF Bank, które spełniają poniższe wymogi w momencie przystąpienia do kredytu:

- 1) Mieszkają i są zameldowane w Polsce.
- 2) Pobierają świadczenia emerytalne w postaci renty bądź emerytury w wieku 74 l. lub młodszych.
- 3) Są w pełni zdrowe oraz nie mają wiedzy o poważnej chorobie lub urazach.
- 4) Są ubezpieczone w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)

§ 2. Okres ubezpieczenia:

- 1) Ubezpieczenie wchodzi w życie w dniu jego zawarcia pod warunkiem opłacenia składki nie później niż do daty jej wymagalności.
- 2) Ubezpieczenie obowiązuje w okresach miesięcznych, które są automatycznie odnawiane, o ile nie doszło do odstąpienia bądź wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, o czym mowa w § 8.3 oraz § 8.4.
- 3) Łączny okres trwania ubezpieczenia wynosi nie więcej niż okres kredytowania.
- 4) Ubezpieczenie obowiązuje przez 24 godziny na dobę, zarówno w czasie pracy, jak i w czasie wolnym od pracy.

§ 3. Zakres terytorialny ubezpieczenia:

Ubezpieczenie obowiązuje na terenie Polski oraz poza jej granicami, jeśli pobyt za granicą nie trwa dłużej niż trzy miesiące. Za przerwę w pobycie poza terytorium Polski nie uznaje się tymczasowych wizyt w Polsce u lekarza, w szpitalu, w celach zawodowych, urlopu itp.

§ 4. Przedmiot i zakres ubezpieczenia / świadczenia:

Przedmiotem ubezpieczenia jest spłata rat kredytu należnych TF Bank w związku z umową kredytu, do zapłaty których zobowiązany jest Ubezpieczony, który w okresie ubezpieczenia nie posiada zdolności spłaty rat kredytu na skutek:

1. Pobytu w szpitalu

Jeżeli w związku z nagłym i nieprzewidywalnym urazem lub chorobą ubezpieczony jest przyjęty do szpitala na okres dłuższy niż następujące po sobie 30 dni (okres karencji), zakład ubezpieczeń wypłaci niespłacony dług zgodnie z warunkami umowy finansowania do wartości maksymalnej 15 000 PLN, wyłączając odsetki karne, kar za zwłokę lub inne wydatki, które powstały w związku z niedokonaniem płatności. Odszkodowanie będzie płacone do TF Bank AB.

2. Śmierć.

Jeżeli w związku z nagłym i nieprzewidywalnym urazem ubezpieczony umiera, zakład ubezpieczeń wypłaci niespłacony dług zgodnie z warunkami umowy finansowania do wartości maksymalnej 15,000 PLN, wyłączając odsetki karne, kar za zwłokę lub inne wydatki, które powstały w związku z niedokonaniem płatności. Odszkodowanie będzie płacone do TF Bank AB.

3. Rabunek

W przypadku, gdy ubezpieczony jest ofiarą rabunku. Rabunek oznacza atak przemocy wobec osoby bądź przy wykorzystaniu gróźb wiążących się ze skrajnym niebezpieczeństwem. Ma również zastosowanie definicja włamania według Polskiego prawa. Aby mieć prawo do odszkodowania, raport z policji musi być dostarczony do CAS. Odszkodowanie w wysokości 1,000 PLN zostanie zapłacone ubezpieczonemu natychmiast za rok.

§ 5. Suma Ubezpieczenia / Świadczenia:

1. Suma Ubezpieczenia pokrywa comiesięczną ratę spłaty kredytu (kapitał plus odsetki) z wyłączeniem odsetek za niedokonanie płatności w terminie, kar za zwłokę oraz innych kosztów związanych z niedokonaniem płatności i jej obsługą.
2. Maksymalna suma ubezpieczenia wynosi 15 000 PLN, nie więcej jednak niż określona w umowie kredytu miesięczna rata kredytu.

§ 6. Wyłączenia odpowiedzialności:

1. W przypadku pobytu w szpitalu, świadczenie nie jest wypłacane za:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, które nastąpiły w ciągu 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie do ubezpieczenia i w następstwie których ubezpieczony odniósł szkodę lub odwiedził lekarza i był leczony.
- 2) Wypalenie zawodowe, stres, depresję i podobne zaburzenia.
- 3) Choroby umysłowe, zaburzenia nerwowe i psychiczne.

- 4) Lumbago lub inne dolegliwości kręgosłupa, których istnienie potwierdza dokumentacja medyczna (np. zdjęcie rentgenowskie itp.) lub lekarz mogący dowieść, że zostało przeprowadzone dochodzenie potwierdzające dolegliwość.
- 5) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, które zostały spowodowane umyślnie.
- 6) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę w wyniku popełnienia przestępstwa przez ubezpieczonego.
- 7) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, spowodowane wskutek znajdowania się pod wpływem alkoholu lub innych substancji odurzających, środków nasennych lub narkotyków.
- 8) Nieszczęśliwy wypadek lub nagłą chorobę, spowodowanych wskutek uprawiania lub trenowania sportu wyczynowego.;

3. Ogólne wyłączenie odpowiedzialności dotyczące całości ochrony ubezpieczeniowej

Zakład Ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności w przypadku:

- 1) Wojny, inwazji, działań lub zagrożeń ze strony wrogów zewnętrznych (niezależnie od przyczyn wypowiedzenia wojny), wojny domowej, rewolucji, zbrojnego zamachu stanu lub rozruchów.
- 2) Promieniowania lub skażenia wskutek aktywności promieniotwórczej paliw jądrowych lub składowania paliw jądrowych, ich wykorzystania lub eksploatacji.

§ 7. Tryb dochodzenia roszczeń

Zawiadomienie o pobycie w szpitalu, śmierci lub włamaniu należy niezwłocznie zgłosić do Zakładu Ubezpieczeń za pośrednictwem Centrum Autoryzacji Szkód (CAS), w terminie nie późniejszym niż 180 dni od daty zaistnienia zdarzenia pokrytego zakresem niniejszych warunków.

1. W przypadku pobytu w szpitalu

Wnioskujący o wykonanie zobowiązania z tytułu pobytu w szpitalu, powinien niezwłocznie przekazać do CAS: a) Kopię umowy kredytu.

b) Szczegółowe informacje dotyczące miesięcznych kosztów kredytu.

c) Zaświadczenie lekarskie z informacją odnośnie przyczyn pobytu w szpitalu.

d) Dokument potwierdzający należną rentę chorobową, czasowy zasiłek chorobowy, odszkodowanie z tytułu choroby lub rentę z tytułu niezdolności do pracy wypłacaną przez publiczny Zakład Ubezpieczeniowy w związku z niezdolnością do pracy.

e)

) Inne dokumenty, które mogą być istotne dla oceny sprawy. Publiczny Zakład Ubezpieczeń może, za pośrednictwem CAS, zażądać od ubezpieczonego stawienia się na badaniu u specjalnie wyznaczonego lekarza. Koszt badania ponosi Zakład Ubezpieczeń;

2. W przypadku zgonu

W przypadku wnioskowania o wykonania zobowiązania z powodu śmierci, powinno się niezwłocznie przekazać do CAS:

a) Kopię umowy kredytu.

b) Szczegółowe informacje dotyczące miesięcznych kosztów kredytu.

c) Kopia aktu zgonu.

d) Inne dokumenty, które mogą być istotne dla oceny sprawy. Spadkobierca lub przedstawiciel spadkobiercy zobowiązany będzie także do przekazania ubezpieczycielowi wszelkich innych dokumentów i informacji niezbędnych do ustalenia wszelkich istotnych okoliczności mających wpływ na prawo do odszkodowania. Na mocy postanowień niniejszej klauzuli, odszkodowanie będzie wypłacone jednorazowo na rachunek bankowy wskazany przez TF Bank AB.

3. W przypadku włamania

W przypadku wnioskowania o wykonania zobowiązania z powodu włamania, powinno się niezwłocznie przekazać do CAS:

a) Kopia umowy kredytu.

b) Kopia raportu z policji dotyczącej włamania. Raport z policji powinien zawierać informacje na temat miejsca i godziny włamania oraz inne mające znaczenie informacje.

c) Inne dokumenty, które mogą być istotne dla oceny sprawy.

§ 8. Ogólne postanowienia:

1. Składka

Składka opłacana jest przez TF Bank zgodnie z umową grupowego ubezpieczenia zawartą pomiędzy TF Bank a Zakładem Ubezpieczeń.

2. Zmiany w umowie

Zmiany w umowie mogą być dokonywane zgodnie z umową grupowego ubezpieczenia, zawartą pomiędzy TF Bank a Zakładem Ubezpieczeń.

3. Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

1. Z upływem okresu ubezpieczenia, chyba że stosunek ubezpieczeniowy wygasł przed tym terminem z innych przyczyn, tj. Klient zalegał ze spłatą kredytu i jego dług został przekazany do windykacji, a tym samym umowa kredytowa została zakończona.
2. Ubezpieczenie wygasa w przypadku śmierci ubezpieczonego.
3. Ubezpieczenie wygasa w chwili ukończenia przez ubezpieczonego 75 roku życia.

4. Obowiązujące prawo i jurysdykcja

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami ubezpieczenia oraz certyfikatu mają zastosowanie przepisy Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U.03, nr 124, poz. 1151 z późn. zm.) i Kodeksu Cywilnego z 23 kwietnia 1964 r. (Dz.U. 64, nr 16, poz. 93 z późn. zm.).
2. Organem nadzorującym działalność Zakładu Ubezpieczeń na terenie Polski jest KNF.
3. W sytuacji uzyskania odmowy uwzględnienia roszczeń, Ubezpieczający / Ubezpieczony ma możliwość odwołania się od otrzymanego stanowiska:
 - a) bezpośrednio do WAGAS (w formie pisemnej, ustnej lub elektronicznej) lub,
 - b) poprzez złożenie wniosku do Rzecznika Finansowego lub,
 - c) poprzez wystąpienie z powództwem do sądu powszechnego i sądu miejscowo właściwego do rozpoznania sprawy

5. Skargi i zażalenia

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Zakładu Ubezpieczeń powinny być składane za pośrednictwem CAS, na piśmie, za pokwitowaniem odbioru lub przesłane do CAS listem poleconym.
2. Ubezpieczający lub Ubezpieczony obowiązani są informować Zakład Ubezpieczeń za pośrednictwem CAS o każdej zmianie swojego adresu.
3. Reklamacje związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający / Ubezpieczony mogą zgłaszać do HISCOX za pośrednictwem WAGAS. Reklamacje mogą być składane w formie:
 - a) pisemnej – osobiście w siedzibie WAGAS przy ul. Świętojerskiej 5/7 w Warszawie, 00-236 lub przesyłką pocztową na ww. adres;
 - b) ustnie – telefonicznie pod numerem (22) 860 03 78 lub osobiście w siedzibie WAGAS;
 - c) elektronicznej – na adres poczty elektronicznej: reklamacje@wagas.pl. Odpowiedź na przekazaną reklamację zostanie udzielona bez zbędnej zwłoki, maksymalnie w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. W szczególnych przypadkach czas rozpatrzenia reklamacji może się wydłużyć do 60 dni. W takiej sytuacji osoba zgłaszająca reklamację zostanie poinformowana o przyczynach opóźnienia oraz przewidywanym terminie rozpatrzenia roszczenia. Odpowiedź na reklamację zostanie udzielona w formie:
 - a) papierowej / za pomocą innego trwałego nośnika informacji;
 - b) elektronicznej (wyłącznie na wniosek osoby zgłaszającej reklamację).
4. Korespondencja Zakładu Ubezpieczeń z Ubezpieczonym odbywać się będzie za pośrednictwem CAS: **Centrum Autoryzacji Szkód (CAS): WAGAS S.A. ul. Świętojerska 5/7, 00-236 Warszawa, Email: szkodvtfbank@wagas.pl tel.: 22-860 03 78.** W celu uzyskania odpowiedzi na wszelkie inne pytania niż te dotyczące obsługi szkód prosimy o kontakt bezpośredni z TF Bank pod numerem telefonu: **22-274 29 44.** **6. Ustawa o ochronie danych osobowych** - Zakład Ubezpieczeń jest odpowiedzialny za ochronę danych osobowych. Zakład Ubezpieczeń oraz jego dostawcy przetwarzają otrzymane dane osobowe i inne dane personalne, które mają związek z ubezpieczeniem. Dane te mogą być również wykorzystane w celu tworzenia nowych ofert produktów ubezpieczeniowych przesyłanych drogą pocztową, telefoniczną lub mailową. Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych, ubezpieczony ma prawo do uzyskania wszelkich odpowiedzi i informacji na temat przetwarzania jego danych osobowych. Ubezpieczony może w każdej chwili skontaktować się z Zakładem Ubezpieczeń w celu korekty błędnych danych.

6. Zakład Ubezpieczeń

Zakładem Ubezpieczeń jest Lloyd's Underwriters 4444 Canopus, B0621P33097016.

§ 9. Definicje:

1. Nieszczęśliwy wypadek

Niezależne od woli ubezpieczonego nagłe zdarzenie losowe, wywołane przyczyną zewnętrzną, skutek którego ubezpieczony w okresie ochrony ubezpieczeniowej przebywał w szpitalu lub zmarł.

2. Choroba

Chorobą określane jest schorzenie skutkujące pobytem w szpitalu lub zgonem, na które cierpi obecnie ubezpieczony, a na które nie cierpiał na 12 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

3. Śmierć

Śmierć oznacza śmierć, która powstała w trakcie okresu obowiązywania ubezpieczenia spowodowana przez przypadkowy uraz.

4. Rabunek

Rabunek oznacza atak przemocy wobec osoby bądź przy wykorzystaniu gróźb wiążących się ze skrajnym niebezpieczeństwem.

5. Suma ubezpieczenia:

Suma ubezpieczenia jest wskazana w certyfikacie ubezpieczeniowym i jest równa uzgodnionej miesięcznej kwocie przyznanej ochrony ubezpieczeniowej. Ochroną ubezpieczeniową objęte będzie zadłużenie pozostałe do spłaty w wypadku śmierci lub hospitalizacji trwającej dłużej niż 30 dni, jednak w kwocie nie większej niż PLN 15 000. Kwota odszkodowania wskazana w roszczeniu będzie wypłacona na rachunek kredytu lub prywatny rachunek ubezpieczonego. W razie kradzieży, suma ubezpieczenia nie przekroczy PLN 2 000.

6. Okres karencji:

Okres karencji, analogiczny do wkładu własnego, liczony jest od pierwszego dnia hospitalizacji i trwa 30 dni. Odszkodowanie może być zatem wypłacone wyłącznie, gdy hospitalizacja trwa dłużej niż 30 dni.

7. Zadłużenie pozostałe do spłaty:

Kwota aktualnego zadłużenia. W razie śmierci, zadłużenie pozostałe do spłaty oznacza dług z tytułu prywatnego kredytu pozostały do spłaty na dzień przed zgonem ubezpieczonego w kwocie nie przekraczającej PLN 15 000.

§ 10. Wystąpienie z ubezpieczenia grupowego przez ubezpieczonego:

1. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie wystąpić (zrezygnować) z umowy ubezpieczenia grupowego zawartej pomiędzy TF Bankiem a Zakładem Ubezpieczeń bez dodatkowych opłat. Wystąpienie (rezygnacja) następuje poprzez złożenie przez ubezpieczonego pisemnego oświadczenia na adres TF Banku, który powiadamia o tym Zakład Ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony równocześnie z oświadczeniem o wystąpieniu (rezygnacji) z umowy ubezpieczenia grupowego zobowiązany jest przedłożyć TF Bankowi dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia kredytu z innym ubezpieczycielem spełniającej minimalne wymogi określone w umowie kredytu zawartej pomiędzy ubezpieczonym a TF Bankiem.
3. TF Bank dokonuje weryfikacji czy ubezpieczenie kredytu przedstawione przez ubezpieczonego spełnia minimalne wymogi określone w umowie kredytu. Negatywny wynik weryfikacji skutkuje bezskutecznością wystąpienia (rezygnacji) z umowy ubezpieczenia grupowego.
4. W razie skutecznego wystąpienia (rezygnacji) przez ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia grupowego Zakład Ubezpieczeń zwraca TF Bankowi, a TF Bank ubezpieczonemu część pobranej składki / opłaty za ubezpieczenie kredytu za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
5. Wystąpienie (rezygnacja) z umowy ubezpieczenia grupowego następuje z chwilą złożenia TF Bankowi przez ubezpieczonego skutecznego oświadczenia o wystąpieniu (rezygnacji) z tego ubezpieczenia.