



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

Obowiązujące od dnia 01 czerwca 2014 roku

INDEKS: SYGMA/03/2014/NET

Szczegółne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców, oznaczone indeksem **SYGMA/03/2014/NET** mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie o indeksie Sygma/09 zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce oraz do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie Sygma/10 zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce oraz stanowią ich integralną część.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczonych indeksem SYGMA/03/2014/NET (dalej: Warunki) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Choroba”** – stwierdzona przez lekarza reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) **„Deklaracja zgody”** – wyrażone w formie elektronicznej oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego Kredytobiorca wyraża zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 3) **„Dzień przystąpienia do ubezpieczenia”** – dzień wskazany w Umowie kredytu jako dzień jej zawarcia;
- 4) **„Dzień zajścia zdarzenia”**:
 - a) w przypadku **śmierci** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku** – dzień wystąpienia trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu niniejszych Warunków, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - c) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w orzeczeniu, lub w przypadku braku wskazania dnia w orzeczeniu, za dzień wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania orzeczenia;
 - d) w przypadku **pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - e) w przypadku **poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - w odniesieniu do nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych Warunkach;
 - w odniesieniu do operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - w odniesieniu do przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 5) **„Dzień pobytu w Szpitalu”** – każdy ukończony dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w Szpitalu uważa się okres od przyjęcia do Szpitala do końca dnia, tj. do godz. 24:00;
- 6) **„Kredyt”** – Kredyt udzielony Kredytobiorcy przez Kredytodawcę na podstawie Umowy kredytu zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy i w walucie krajowej, którą jest polski złoty (PLN), spłacany ratalnie oraz przeznaczony na zakup towarów konsumpcyjnych;
- 7) **„Kredytobiorca”** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub rolnik indywidualny, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu jako kredytobiorca;
- 8) **„Kredytodawca”** – Sygma Banque Société Anonyme (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje oraz zawierająca z Kredytobiorcą Umowę kredytu;
- 9) **„Lekarz”** – osoba wykonująca zawód lekarza medycyny, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – nagłe zdarzenie spowodowane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ani od stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 11) **„Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny”** – nagłe, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie ubezpieczeniowe przy udziale pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia i będące bezpośrednią przyczyną obrażeń ciała Ubezpieczonego. Za nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny uznaje się również wypadek, w którym Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd będący w ruchu;
- 12) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia i na zasadach określonych w niniejszych Warunkach (ubezpieczenie);
- 13) **„Okres ubezpieczenia”** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia wynoszący maksymalnie 36 miesięcy;
- 14) **„Orzeczenie”** – orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
- 15) **„Ośrodek”** – placówki, zakłady, centra, oddziały, pododdziały, kliniki oraz wszelkie inne podmioty, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezależnie od stosowanego nazewnictwa oraz przynależności administracyjnej lub organizacyjnej;
- 16) **„Pakiet podstawowy”** – jeden z 2 Pakietów podstawowych ubezpieczenia charakteryzujący się określonym zakresem ubezpieczenia oraz limitem wiekowym Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Pakietu;
- 17) **„Pierwotny harmonogram spłat”** – harmonogram spłat rat Kredytu, zawarty w Umowie kredytu, w dniu jej zawarcia, uwzględniający wysokość oraz terminy spłat poszczególnych rat Kredytu;
- 18) **„Pojazd”** – pojazd samochodowy, pojazd szynowy, ciągnik rolniczy, motorower, motocykl, dopuszczone do ruchu lądowego, rower, pojazd mechaniczny dopuszczony do ruchu wodnego lub powietrznego, na podstawie odpowiednich przepisów prawa;

- 19) „**Pobyt w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**” – trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni całodobowy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, celem leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 20) „**Poważne zachorowanie**” – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez 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 lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3, CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) 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) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - udar mózgu** – nagle w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA), udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN, udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie 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;
 - przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
 Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 21) „**Rata kredytu**” – kwota należna Kredytodawcy od Kredytobiorcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat. Rata kredytu obejmuje zarówno kapitał oraz odsetki należne do zapłaty oraz obliczone od nieprzetworzonej części kapitału, zgodnie z oprocentowaniem oraz na warunkach wskazanych w Umowie kredytu;
- 22) „**Saldo zadłużenia**” – całość zobowiązania Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy na dany dzień, wynikająca z Umowy kredytu, w wysokości wskazanej w Pierwotnym harmonogramie spłat, obejmujące kapitał do spłaty, prowizje i inne opłaty naliczone w dniu zawarcia Umowy kredytu oraz odsetki umowne obliczone od kwoty pozostałej do spłaty oraz naliczone od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego przy czym za okres nie dłuższy niż 30 dni, z wyłączeniem odsetek karnych;
- 23) „**Suma ubezpieczeń**” – kwota wskazana w niniejszych Warunkach służąca jako podstawa do wyliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- 24) „**Składka**” – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, przeznaczona na pokrycie co najmniej ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 25) „**Szpital**” – działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny;
- 26) „**Świadczenie miesięczne**” – rodzaj świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu z tytułu pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego wysokość równa jest jednej racie Kredytu, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków;
- 27) „**Świadczenie ubezpieczeniowe**” – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 28) „**Trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku**” – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
- wzroku w obu oczach, lub
 - co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
- 29) „**Trwała i całkowita niezdolność do pracy**”
- W odniesieniu do rolników indywidualnych** – niezdolność do samodzielnej egzystencji, wymagająca stałej i długotrwałej opieki innej osoby, potwierdzona orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji, wydanym przez lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu na okres co najmniej 2 lat, z zastrzeżeniem, że okresy krótsze nie podlegają sumowaniu;
 - W odniesieniu do pozostałych osób (nie wykonujących działalności rolniczej)** - stan niesprawności będący następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych Warunków;
- 30) „**Ubezpieczający**” – Kredytodawca tj. Sygma Banque Société Anonyme (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce;
- 31) „**Ubezpieczony**” – Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków, na rachunek którego zawarto Umowę ubezpieczenia przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem;

- 32) „Ubezpieczyciel” – odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, lub Cardif Assurance Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w zakresie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 33) „Uprawniony” – Ubezpieczający, Uposażony, Ubezpieczony lub inna osoba wskazana w niniejszych Warunkach, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych Warunkach;
- 34) „Umowa kredytu” – umowa o udzielenie Kredytu, zawarta między Kredytodawcą a Kredytobiorcą na okres nie dłuższy niż 36 miesięcy, określająca wysokość udzielonego Kredytu, w tym wysokość oraz sposób obliczenia odsetek oraz warunki spłaty Kredytu;
- 35) „Umowa ubezpieczenia” – odpowiednio Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie o indeksie Sygma/09 zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, regulująca udzielanie Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci, trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie Sygma/10 zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym regulująca udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego. Umowy ubezpieczenia wskazane w zdaniu poprzednim zawarte zostały na podstawie niniejszych Warunków;
- 36) „Wcześniejsza spłata” – spłata przez Ubezpieczonego zadłużenia z tytułu kredytu przed dniem wskazanym w pierwotnym harmonogramie spłat jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu;
- 37) „Wiek Ubezpieczonego” – liczba stanowiąca wynik różnicy pomiędzy odpowiednio datą przystąpienia do Ubezpieczenia lub datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub datą wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia, lub inną datą niezbędną do właściwej realizacji postanowień Umowy ubezpieczenia, a datą urodzenia Ubezpieczonego;
- 38) „Zdarzenie ubezpieczeniowe” – zdarzenie wymienione w niniejszych Warunkach, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę świadczenia;

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, zależnie od Pakietu podstawowego wybranego przez Ubezpieczonego w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz od aktualnego wieku Ubezpieczonego:

Pakiet podstawowy 1 „Życie” obejmuje:

- a) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 18 do 65 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 67 lat:
 - śmierć,
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
- b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 66 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 68 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku;

Pakiet podstawowy 2 „Życie i Zdrowie” obejmuje:

- a) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 18 do 65 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 67 lat:
 - śmierć,
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - poważne zachorowanie,
 - b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 66 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 68 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - pobyt w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku;
3. Kredytobiorca wybierając dany Pakiet podstawowy, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu wszystkich ryzyk dostępnych dla Kredytobiorcy w ramach danego Pakietu oraz w zależności od jego wieku.
 4. Kredytobiorca może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego Pakietu podstawowego.
 5. Kredytobiorca przystępując do ubezpieczenia oraz wybierając Pakiet podstawowy, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z danego Pakietu oraz właściwą dla grupy wiekowej, do której należy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia. W przypadku, gdy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony osiągnie wiek z następnej grupy wiekowej w ramach danego Pakietu, wówczas automatycznie zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową właściwą wyłącznie dla tej następnej grupy wiekowej. W przypadku, gdy w danym Pakiecie w ramach odpowiedniej grupy wiekowej występuje to samo ryzyko, datą objęcia ochroną w ramach tego ryzyka jest data wcześniejsza.
 6. Kredytobiorca, który jest w wieku co najmniej 76 lat, może przystąpić do ubezpieczenia wyłącznie w zakresie Pakietu podstawowego 1 „Życie”.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba, która w formie elektronicznej złożyła oświadczenie woli o zawarciu Umowy kredytu, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, ma ukończony 18 rok życia i której wiek wraz z okresem kredytowania nie przekracza 99 lat, a także:
 - a) wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w Deklaracji zgody,
 - b) zawarła Umowę kredytu z Kredytodawcą w kwocie nieprzekraczającej 20.000 zł, oraz gdy jej łączne zadłużenie na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia, z tytułu zawartych przez nią Umów kredytu z Kredytodawcą, przy których występuje jako Ubezpieczony na podstawie umów ubezpieczenia, nie przekracza 400.000 zł.
2. Ubezpieczony jest obciążony opłatą za objęcie go ubezpieczeniem na zasadach określonych w Umowie kredytu.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu niżej wskazanym, jednak nie wcześniej niż w dniu zawarcia Umowy kredytu:
 - a) w dniu następnym po dniu przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;

- b) 30 dnia licząc od dnia następnego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami art. 9.
 3. W przypadku wcześniejszej spłaty Kredytu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu do ostatniego dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu, chyba że Ubezpieczony złoży pisemne oświadczenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego, dotyczące rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
 4. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
 5. W przypadku odstąpienia od Umowy kredytu przez danego Ubezpieczonego, uznaje się że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się względem danego Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą składkę Ubezpieczającemu.
 6. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - b) w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, lub poważnego zachorowania;
 - c) w ostatnim dniu okresu za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
 - d) w dniu wskazanym w Umowie kredytu jako data jej zakończenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku wcześniejszej spłaty Kredytu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej do ostatniego dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - e) w dniu w którym składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego za okres ustalony w Umowie ubezpieczenia oraz nie została przez niego wpłacona;
 - f) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z ubezpieczenia;
 - g) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w ostatnim dniu okresu za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
 - h) w dniu 99 urodzin Ubezpieczonego;

- w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w trakcie którego Ubezpieczający otrzymał oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i wysokości wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Kredytobiorcy treści Warunków, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, w sposób wskazany w art. 3 ust. 1 Warunków. ,
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do przyjęcia od Ubezpieczonego lub innej osoby zgłaszającej roszczenie dokumentów wymaganych do zgłoszenia roszczenia oraz przekazania ich do Ubezpieczyciela;
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkiej otrzymanej dokumentacji od osób zgłaszających zdarzenie ubezpieczeniowe, służącej ustaleniu podstaw do wypłaty świadczenia oraz dołączyć do niej Deklarację zgody i Pierwotny harmonogram spłat, każdorazowo po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, w trybie i na warunkach uzgodnionych z Ubezpieczycielem.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych lub osób zgłaszających Zdarzenie ubezpieczeniowe.
6. Ubezpieczający ma obowiązek przekazywać Ubezpieczonym informacje o zmianach Warunków, w sposób zwyczajowo przez niego przyjęty. W przypadku nie przekazania tych zmian, Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do terminowej wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym informacji i danych dotyczących osób, jakie przekazał mu Ubezpieczający w związku z przystąpieniem Kredytobiorcy do ubezpieczenia, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do formularza zgłoszenia roszczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel przekazuje korespondencję dotyczącą ubezpieczenia na ostatni wskazany przez Ubezpieczonego adres do korespondencji zgłoszony przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
2. W przypadku wystąpienia trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub poważnego zachorowania, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarza leczeniu, w celu złagodzenia skutków zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W celu ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, na prośbę Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela oraz na koszt Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, pozyskane w ten sposób przez Ubezpieczyciela, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z ustaleniem zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia.

ART 9. SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego jednorazowo z góry, za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
2. Dniem zapłaty składki jest dzień obciążenia rachunku bankowego Ubezpieczającego kwotą należnej składki.
3. Wysokość składki należnej za poszczególnego Ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia, obliczana jest jako wynik iloczynu miesięcznej stawki ubezpieczeniowej (wyrażonej procentowo), kwoty kredytu oraz liczby miesięcy ochrony ubezpieczeniowej przysługującej z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Wysokość stawki ubezpieczeniowej określona jest przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki, natomiast Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.

6. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą składkę Ubezpieczającemu, za niewykorzystany okres ochrony.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania jest równa saldu zadłużenia z dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanemu w Pierwotnym harmonogramie spłat, przy czym nie więcej niż 20.000 złotych.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 1, wynosi maksymalnie 12 000 złotych.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony dokonał wcześniejszej spłaty Kredytu ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana po tym dniu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, wysokość świadczenia z tytułu ochrony ubezpieczeniowej obliczana jest zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2 niniejszego artykułu, stosowanymi odpowiednio.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO, TRWAŁEGO I CZĘŚCIOWEGO INWALIDZTWA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ORAZ Poważnego zachorowania

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 1.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Ubezpieczyciel wypłaci niezależnie od sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowe świadczenie w wysokości wskazanej w art.10 ust. 1.

ART 12. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku danego Ubezpieczonego (trwającego nieprzerwanie 3 dni), Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w kwocie odpowiadającej najbliższej racie Kredytu przypadającej do zapłaty po 3 dniach nieprzerwanego pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat.
2. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego okresu pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanego w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, w kwocie odpowiadającej Racie kredytu wskazanej w Pierwotnym harmonogramie spłat oraz przypadającej do spłaty w okresie tych 30 dni.
3. Jeżeli kolejny pobyt w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, z powodu tych samych okoliczności, nastąpi przed upływem 30 dni, od dnia zakończenia poprzedniego pobytu w Szpitalu, wówczas kolejny pobyt traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia, co skutkuje kontynuacją wypłaty świadczeń miesięcznych zgodnie z postanowieniami ust. 2 niniejszego artykułu, po pierwszych 30 dniach pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia miesięcznego z tytułu pobytu w Szpitalu wynosi 1.000 złotych.
5. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych z tytułu każdego pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, przy czym łącznie nie więcej niż 12 świadczeń miesięcznych w Okresie ubezpieczenia, niezależnie od liczby pobytów w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku danego Ubezpieczonego we wskazanym okresie.
6. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w zakresie pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa wobec danego Ubezpieczonego bez możliwości wznowienia z dniem wypłaty dwunastego świadczenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 5 niniejszego artykułu.

ART 13. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia wskazuje Kredytodawcę jako Uprawnionego do otrzymania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ustępów 2 i 3 niniejszego artykułu.
2. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, którego wysokość wskazana jest w art. 11 ust. 2 o oraz w przypadku wypłaty świadczenia podczas kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej po wcześniejszej spłacie Kredytu (przy czym wyłącznie z tytułu śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego) należne świadczenie wypłacone zostanie następującym osobom, w kolejności:
 - a) małżonkowi Ubezpieczonego;
 - b) dzieciom Ubezpieczonego w równych częściach – w przypadku braku osoby wskazanej w pkt a) niniejszego ustępu, lub gdy osoba ta nie żyje lub utraciła prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) rodzicom Ubezpieczonego w równych częściach – w przypadku braku osób wymienionych w pkt a)-b) niniejszego ustępu, lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d) prawnym spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i Skarbu Państwa - w przypadku braku osób wymienionych w pkt a)-c) niniejszego ustępu lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
3. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana jest mimo wcześniejszej spłaty Kredytu przez Ubezpieczonego, a Ubezpieczyciel zobowiązany będzie do wypłaty świadczenia z tytułu trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania, to świadczenie wypłacone zostanie Ubezpieczonemu.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje osobie wskazanej w ust. 2 niniejszego artykułu, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zadaniu poprzednim, udział w świadczeniu przysługujący tej osobie wypłacony zostanie pozostałym osobom na zasadach opisanych w ust. 2 niniejszego artykułu.

ART 14. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, osoba zgłaszająca roszczenie powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim formularzu zgłoszenia roszczenia, przygotowanym przez Ubezpieczyciela, a udostępnionym przez Ubezpieczającego oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę świadczenia były oryginałami lub były poświadczane za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Ubezpieczającego lub przez uprawniony do tego organ. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wskazane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone lub sporządzone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zawiadomieniu o roszczeniu, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą zdarzenie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia oraz wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, od dnia otrzymania zawiadomienia o roszczeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym

- przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona we wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą roszczenie, w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 7. W przypadku, gdy świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje osobie zgłaszającej zdarzenie, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie daną osobę przekazując pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.
 8. Wypłata świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy właściwego Uprawnionego.
 9. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przekazanie przez Ubezpieczającego kopii Deklaracji zgody wraz z kopią Pierwotnego harmonogramu spłat (z uwzględnieniem salda zadłużenia oraz odsetek, o których mowa w art. 1 pkt. 17) oraz dołączenie, do wniosku o wypłatę świadczenia przez osobę zgłaszającą zdarzenie, następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - a) w przypadku **śmierci**:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci Ubezpieczonego (karta zgonu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) w przypadku **śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku**:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci Ubezpieczonego (karta zgonu);
 - dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub postanowienie o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) w przypadku **śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu);
 - dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub postanowienie o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego);
 - dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania pojazdem (np. prawo jazdy), w przypadku, gdy Ubezpieczony kierował pojazdem,
 - dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego, (nie ma zastosowania do wypadku gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez pojazd wskazany w art. 1 pkt 18 będący w ruchu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d) w przypadku **trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - a) wzroku w obu oczach, lub
 - b) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek,
 - dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub postanowienie o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - e) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych Warunków;
 - dokument określający przyczynę niezdolności do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący zajście nieszczęśliwego wypadku jak raport policyjny z miejsca wypadku lub postanowienie o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek był przyczyną zdarzenia);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - f) w przypadku **pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub postanowienie o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - g) w przypadku **poważnego zachorowania**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 10. W przypadku gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania podstaw do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie dokumentację medyczną potwierdzającą pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (kartę informacyjną leczenia szpitalnego);

ART 15. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - c) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
2. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub substancji psychoaktywnych (tzw. dopalacze), za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),

- e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub substancji psychoaktywnych (tzw. dopalacze), za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku wystąpienia **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub substancji psychoaktywnych (tzw. dopalacze), za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - f) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - g) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony,,
 - h) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
5. W przypadku **trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub substancji psychoaktywnych (tzw. dopalacze), za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony,
 - i) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
6. W przypadku **pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub substancji psychoaktywnych (tzw. dopalacze), za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - f) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - g) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu pobytu w Szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli leczenie związane było z przebywaniem w:
- a) zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub hospicjum,
 - b) domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej,
 - c) ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania,
 - d) ośrodka leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
 - e) ośrodka zajmującym się usprawnianiem lub rehabilitacją lub rekonwalescencją,
 - f) sanatorium lub uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
8. W przypadku **poważnego zachorowania**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających lub substancji psychoaktywnych (tzw. dopalacze), za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - b) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),

- c) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem.

ART 16. ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW LUB UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany Warunków w przypadku:
 - a) zmiany przepisów prawa dotyczących obciążeń na rzecz Skarbu Państwa lub instytucji związanych z zabezpieczeniem społecznym;
 - b) zmiany przepisów prawa dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia;
 - c) decyzji lub zaleceń wydanych przez organ nadzoru wiążących Ubezpieczyciela;
 - d) odnotowania ujemnego wyniku technicznego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia;
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do doręczenia Ubezpieczającemu, na 60 dni przed planowanym dniem wprowadzenia zmian, nowego tekstu Warunków wraz z informacją o zakresie zmian Warunków, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do rozwiązania Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania nowego tekstu Warunków.
3. Zmiany wprowadzone do nowego tekstu Warunków, o których mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, wiążą Ubezpieczonego, po upływie 14 dni licząc od dnia doręczenia Ubezpieczonemu nowego tekstu Warunków, o ile w tym terminie Ubezpieczony nie zrezygnował z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel wprowadził i poinformował o zmianach w trybie zgodnym z obowiązującymi przepisami prawa.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w trybie i na warunkach opisanych w niniejszym artykule, strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane poinformować o tym fakcie Ubezpieczonych oraz o terminie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w art. 4.

ART 17. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.

ART 18. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ

1. Skargi lub zażalenia mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi, w siedzibie Ubezpieczyciela, osobiście lub w innej wybranej formie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia w tej samej formie, w jakiej były one złożone lub w innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
3. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść odwołanie od pierwotnego rozstrzygnięcia w przedmiocie jej skargi lub zażalenia do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.

ART 19. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo w sprawach spornych, wynikających ze stosunku 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.

ART 20. SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, NIP 525-20-30-109,
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000048866
Kapitał akcyjny wynosi 30 000 000 zł i jest w pełni opłacony

Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, NIP 526-25-57-344
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000026002
Kapitał zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego,
który utworzył oddział, wynosi 12 480 000 euro i jest w pełni opłacony