

WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW (INDEKS BWE/01)

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (indeks BWE/01), zwane dalej WU, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Polisa Nr BWE/01, zwanej dalej „umową ubezpieczenia”, zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z Bankiem Współpracy Europejskiej S.A., a od dnia wpisu do KRS zmiany nazwy i siedziby spółki – Meritum Bank ICB S.A., na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania Ubezpieczonego. Wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczającego zwalnia Ubezpieczonych albo ich spadkobierców od obowiązku spłaty ciężących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zaciągniętego kredytu w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
2. Użyte w niniejszych WU określenia oznaczają:
 - 1) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.;
 - 2) **Ubezpieczający** – Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna;
 - 3) **Ubezpieczony** – osoba objęta ubezpieczeniem, będąca Kredytobiorcą;
 - 4) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego;
 - 5) **Uprawniony** – Ubezpieczony lub osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego;
 - 6) **Kredytobiorca** – Ubezpieczony, któremu Ubezpieczający udzielił kredytu;
 - 7) **kredyt** – kredyt udzielony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu;
 - 8) **pożyczka** – pożyczka udzielona Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy pożyczki;
 - 9) **Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową** – oświadczenie Banku i Kredytobiorcy dotyczące objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową, zawarte w umowie kredytu;
 - 10) **ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielona przez Ubezpieczyciela na warunkach umowy ubezpieczenia oraz niniejszych WU, w razie zajścia zdarzeń w nich przewidzianych;
 - 11) **okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego równy:
 - a) okresowi, na który została zawarta Umowa kredytu (maksymalnie na okres 120 miesięcy) albo;
 - b) okresowi określonemu w Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, jeżeli okres ubezpieczenia jest krótszy od okresu, na który została zawarta Umowa kredytu;
 - 12) **świadczenie** – umówiona suma pieniędzy;
 - 13) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia;
 - 14) **śmierć** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszych WU;
 - 15) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony zaświadczeniem wydanym przez lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej na okres co najmniej 5 lat z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszych WU;
 - 16) **czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku, zwana dalej leczeniem szpitalnym NNW** – niezdolność do pracy Ubezpieczonego spowodowana leczeniem w szpitalu następstw nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona dokumentacją leczenia szpitalnego, trwająca co najmniej 7 dni z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszych WU;
 - 17) **czasowa niezdolność do pracy** – trwająca co najmniej 60 dni niemożność świadczenia dotychczasowej pracy przez Ubezpieczonego potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, w wyniku którego Ubezpieczony nabywa uprawnienie do pobierania wynagrodzenia za okres choroby lub zasiłku chorobowego, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszych WU;
 - 18) **poważne zachorowanie** – co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszych WU:
 - **zawał serca** – pierwszy w życiu Ubezpieczonego przypadek martwicy części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na łącznym wystąpieniu typowych objawów: bóle klatki piersiowej, świeże zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz znacznie zwiększony poziom enzymów sercowych we krwi,

- udar mózgu – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu,
 - niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek,
 - nowotwór (rak) – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry,
 - chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
 - przeszczep narządów – zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą, a zabieg wykonywany jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantacyjnego;
- 19) **nieszczęśliwy wypadek** – oznacza zdarzenie powstałe wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego,
- 20) **opłaty** – miesięczne opłaty eksploatacyjne, do pokrywania których zobowiązany jest Ubezpieczony z tytułu użytkowania nieruchomości (tj.: czynsz, gaz, energia elektryczna, centralne ogrzewanie, usługi wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci, ochrona nieruchomości, abonament za TV i Internet, miejsce postojowe lub parkingowe),
- 21) **„bezpieczne opłaty”** – ubezpieczenie polegające na wypłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną, w oparciu o rachunki lub faktury przedstawione przez Ubezpieczonego, dotyczące miesięcznych opłat związanych z użytkowaniem nieruchomości, do pokrywania których zobowiązanych jest Ubezpieczony.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.
2. W zależności od opcji wybranej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 - Opcja 1) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym NNW;
 - Opcja 2)
 - a) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym NNW oraz, w zależności od statusu zatrudnienia;
 - b) czasowa niezdolność do pracy – w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy prowadzą działalność gospodarczą (indywidualnie lub w formie spółki osobowej) lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony krótszy niż czas trwania umowy kredytu albo wykonują działalność zarobkową w innej formie (z wyłączeniem źródeł przychodów opisanych w pkt c) oraz umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony)
 - c) poważne zachorowanie – w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy uzyskują przychody z tytułu emerytury lub renty lub innych źródeł oraz nie uzyskują przychodów z tytułu źródeł opisanych w pkt b) a także nie są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony;
 - Opcja 3) Opcja 2 poszerzona o dodatkowe świadczenie „bezpieczne opłaty” na wypadek:
 - a) czasowej niezdolności do pracy - w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy prowadzą działalność gospodarczą (indywidualnie lub w formie spółki osobowej) lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony krótszy niż czas trwania umowy kredytu albo wykonują działalność zarobkową w innej formie (z wyłączeniem umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony) lub
 - b) poważnego zachorowania - w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy uzyskują przychody z tytułu emerytury lub renty lub innych źródeł nie opisanych w pkt a) powyżej, a także nie są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony;
 - Opcja 4) Opcja 2 poszerzona o dodatkowe świadczenie „bezpieczne opłaty” na wypadek leczenia szpitalnego NNW.
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień WU, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6.

Rozdział 3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową.

1. Ubezpieczeniem może zostać objęta każda osoba fizyczna, która w dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową spełnia wszystkie warunki określone poniżej:

- 1) jest Kredytobiorcą, któremu udzielono kredytu(ów)/pożyczki(ek) w (łącznie) wysokości nie przekraczającej 500.000 PLN, z zastrzeżeniem, iż ograniczenie dotyczy wyłącznie kredytów/pożyczek udzielonych w ramach obowiązujących umów kredytu/pożyczek, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem,
 - 2) jej wiek wraz z okresem kredytowania nie przekracza 75 lat,
 - 3) jest obywatelem lub rezydentem Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Objęcie ubezpieczeniem Kredytobiorców, których wiek przekracza limit 75 lat lub którym udzielono kredytu (ów) w wysokości wyższej niż 200.000 PLN, wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie. Zgoda Ubezpieczyciela wymagana jest również wtedy, gdy kwota udzielonego kredytu nie przekracza 200.000 PLN, lecz suma kredytu(ów)/pożyczki(ek), przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem - przekracza 500.000 PLN, z zastrzeżeniem dalszych postanowień niniejszego ustępu. Przy obliczaniu sumy kredytów/pożyczek, o których mowa w zdaniu poprzednim, pod uwagę brana jest łączna kwota aktualnego zadłużenia z tytułu kapitału tych umów, powiększona o kwotę kredytu udzielonego na podstawie nowej umowy kredytu.
 3. W przypadku Kredytobiorców, o których mowa w ust. 2, w celu akceptacji ryzyka, Ubezpieczyciel może żądać wypełnienia przez Kredytobiorcę kwestionariusza medycznego lub przeprowadzenia badania lekarskiego w zakresie niezbędnym do oszacowania ryzyka.

Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 do 4 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu podpisania przez Ubezpieczonego umowy kredytu w odniesieniu do zdarzenia śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego NNW;
 - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu podpisania przez Ubezpieczonego umowy kredytu w przypadku czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu uruchomienia kredytu przez Ubezpieczającego.
4. W przypadku, gdy po dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową następuje zmiana statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na taki, który powoduje zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej, przez kolejne 90 dni od dnia takiej zmiany statusu zatrudnienia udzielana jest ochrona na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW oraz poważnego zachorowania. Po tym okresie przysługuje ochrona na zasadach opisanych w Rozdziale 2 w zależności od aktualnego statusu zatrudnienia.

Rozdział 5. Rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w trakcie trwania ochrony.

1. Ubezpieczony może w formie pisemnej zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia.
2. Skuteczne odstąpienie od umowy kredytu jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku, gdy Kredytobiorca złoży pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy kredytu będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.

Rozdział 6. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej, równa jest kapitałowi kredytu pozostającemu do spłaty w tym dniu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek śmierci, której wysokość określona jest w ust. 1 – obliczanej na dzień śmierci.
3. W razie uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
4. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w ust. 1, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
5. W przypadku Kredytobiorców objętych ochroną w ramach Opcji 3, o której mowa w Rozdziale 2 ust. 2, wysokość świadczenia z tytułu poważnego zachorowania zostanie powiększona o kwotę równą trzykrotności miesięcznych opłat, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w miesiącu, w którym wystąpiło poważne zachorowanie, nie więcej jednak niż:
 - a) 330 PLN – w odniesieniu do Kredytobiorców, dla których początkowa kwota kredytu wynosiła nie więcej niż 20 000 PLN,
 - b) 3000 PLN – w odniesieniu do Kredytobiorców, dla których początkowa kwota kredytu wynosiła powyżej 20 000 PLN.
6. Świadczenie Ubezpieczyciela w przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest kwocie rat kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Świadczenia

wypłacane są w okresie czasowej niezdolności do pracy, w kwotach i terminach określonych w umowie kredytu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.

7. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości raty kredytu, której termin upłynął przed datą pierwszej niezdolności do pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że wysokość pojedynczego świadczenia nie może być wyższa niż 6 150 PLN oraz że od łącznej maksymalnej kwoty świadczeń należnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy odejmowane są kwoty świadczeń wypłaconych z tytułu ubezpieczenia na wypadek utraty pracy w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Na Wypadek Utraty Pracy - Polisa Nr BWE/02, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
8. W przypadku Kredytobiorców objętych ochroną w ramach Opcji 3, o której mowa w Rozdziale 2 ust. 2, wysokość świadczenia miesięcznego z tytułu czasowej niezdolności do pracy zostanie powiększona o kwotę równą wysokości miesięcznych opłat, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w danym miesiącu, nie więcej jednak niż:
 - a) 110 PLN – w odniesieniu do Kredytobiorców, dla których początkowa kwota kredytu wynosiła nie więcej niż 20 000 PLN,
 - b) 1000 PLN – w odniesieniu do Kredytobiorców, dla których początkowa kwota kredytu wynosiła powyżej 20 000 PLN,z zastrzeżeniem, że suma świadczenia miesięcznego, o którym mowa w niniejszym ustępie i zasiłku chorobowego otrzymywanego z tytułu czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć średniego dochodu netto uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w ciągu 6 kolejnych miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę wystąpienia czasowej niezdolności do pracy. Z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 świadczeń miesięcznych.
9. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 6-8, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
10. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 6-8, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
11. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 6-8, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie kolejnych 60 dni niezdolności do pracy.
12. Świadczenie Ubezpieczyciela w razie czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW równe jest kwocie rat kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni, z zastrzeżeniem, że świadczenie przestaje być wypłacane od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w umowie kredytu.
13. Świadczenie Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 12, nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości ostatniej raty kredytu, której termin płatności upłynął przed datą pobytu w szpitalu bez względu na liczbę zdarzeń (pobyków w szpitalu) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że wysokość pojedynczego świadczenia nie może być wyższa niż 6 150 PLN,.
14. W przypadku Kredytobiorców objętych ochroną w ramach Opcji 4, o której mowa w Rozdziale 2 ust. 2, wysokość świadczenia z tytułu leczenia szpitalnego NNW zostanie powiększona o świadczenie z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty”. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty” na następujących zasadach:
 - a) w przypadku pierwszego pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – po 37 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu,
 - b) w przypadku gdy po zakończeniu okresu wskazanego w lit. a) powyżej Ubezpieczony nadal będzie przebywał w szpitalu, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty” po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu,
 - c) jeżeli kolejny pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, nastąpi przed upływem 60 dni, od dnia zakończenia poprzedniego pobytu, ten kolejny pobyt w szpitalu traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty” po każdym 30 dniach pobytu w szpitalu, zgodnie z postanowieniami lit. b) niniejszego ustępu,
 - d) jeżeli kolejny pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, nastąpi po upływie 60 dni od dnia zakończenia poprzedniego pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, oraz gdy ten kolejny pobyt traktowany jest jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe, wówczas Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty” zgodnie z postanowieniami lit a) oraz dalszą wypłatą świadczeń na zasadach wskazanych w lit b) niniejszego Rozdziału.
15. W przypadku, o którym mowa w ust.14 powyżej, Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń, z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty”, w wysokości miesięcznych opłat, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w danym miesiącu, nie więcej jednak niż:
 - a) 300 PLN – w odniesieniu do Kredytobiorców, dla których początkowa kwota kredytu wynosiła nie więcej niż 20 000 PLN,

- b) 600 PLN – w odniesieniu do Kredytobiorców, dla których początkowa kwota kredytu wynosiła powyżej 20 000 PLN,
16. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki.

Rozdział 7. Składki.

1. Z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w wysokości i terminach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy nastąpi zmiana przepisów prawa dotyczących obciążeń publicznoprawnych, dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo do proporcjonalnej zmiany taryfy. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczającego na 30 dni przed datą wprowadzenia zmiany taryfy, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zmianie taryfy.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których w całości została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 10 ust. 4.
4. W przypadku ryzyka śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem okresu trwania ochrony Ubezpieczeniowej („okres”) za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie Ubezpieczenia, o której mowa w Rozdziale 6 niniejszych WU, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego o zwrot składki za niewykorzystany okres, zwróci Ubezpieczającemu część składki pobranej za świadczoną ochroną ubezpieczeniową, odpowiadającej okresowi pozostającemu do zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, obliczonej według poniższego wzoru:

$$Z = S \frac{(n-k)(n-k+1)}{n(n+1)}$$

Gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – pierwotna składka ubezpieczeniowa

n – pierwotna liczba miesięcy ochrony ubezpieczeniowej

k – ostatni miesiąc ochrony ubezpieczeniowej

Przykład wyliczenia zwrotu składki ubezpieczeniowej dla ryzyka śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania (w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter nieliniowy i jest większe na początku okresu ochrony ubezpieczeniowej, kiedy kredyt nie jest jeszcze spłacony i odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy większej kwoty):

Konieczność zastosowania zasady zwrotu składki ubezpieczeniowej według powyższego wzoru wynika z konieczności zróżnicowania kosztów świadczonej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. ochrony ubezpieczeniowej w trakcie jej trwania. Biorąc pod uwagę fakt, że na początku trwania ochrony ubezpieczeniowej koszty jej świadczenia są najwyższe, ponieważ kwota, którą Ubezpieczyciel musiałby wypłacić w przypadku uznania roszczenia bądź roszczeń, jest największa na początku okresu. Na przykład; (i) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po upływie jednej trzeciej okresu zwrócone zostanie ok. 45% składki ubezpieczeniowej, (ii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w połowie okresu zwrócone zostanie ok. 25% składki ubezpieczeniowej, (iii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich okresu, zwrócone zostanie ok. 11% składki.

5. W przypadku ryzyka czasowej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, przed zakończeniem okresu trwania ochrony Ubezpieczeniowej („okres”), za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie Ubezpieczenia, o której mowa w Rozdziale 6 niniejszych WU, Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczającego o zwrot składki za niewykorzystany okres, zwróci Ubezpieczającemu część składki pobranej za świadczoną ochroną ubezpieczeniową, odpowiadającej okresowi pozostającemu do zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, obliczonej według poniższego wzoru:

$$Z = S \frac{(n-k)}{n}$$

Gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – pierwotna składka ubezpieczeniowa

n – pierwotna liczba miesięcy ochrony ubezpieczeniowej

k – ostatni miesiąc ochrony ubezpieczeniowej

Przykład wyliczenia zwrotu składki ubezpieczeniowej dla ryzyka czasowej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym, (w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter liniowy, ponieważ ochrona ubezpieczeniowa jest rozłożona proporcjonalnie do okresu ochrony ubezpieczeniowej):

Skutkiem zastosowania zasady zwrotu składki ubezpieczeniowej według powyższego wzoru jest przypisanie równej części składki ubezpieczeniowej w całym okresie, w czasie którego Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce świadczy ochronę ubezpieczeniową. Na przykład: (i) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po jednej trzeciej okresu ochrony, zwrócone zostanie dwie trzecie składki ubezpieczeniowej, (ii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w połowie okresu zwrócona zostanie jedna druga składki ubezpieczeniowej, (iii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich okresu, zwrócona zostanie jedna trzecia składki ubezpieczeniowej.

Rozdział 8. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną udzieloną przez Ubezpieczyciela, wypłacane są Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem, że dodatkowe świadczenia z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty”, o których mowa odpowiednio w Rozdziale 6 ust. 5 lub ust. 8 lub ust. 15, wypłacane są Ubezpieczonemu.
2. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem po rozwiązaniu umowy kredytu przed terminem, na który przypadają termin spłaty ostatniej raty kredytu przewidziany wstępnie w umowie kredytu (wcześniejsza całkowita spłata), świadczenia wypłacane są według następujących zasad:
 - 1) świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest następującym osobom uprawnionym w kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inny ustawowi spadkobiercy. Świadczenie obliczane jest na dzień zgonu według formuły: kwota kredytu dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, pomnożona przez liczbę miesięcy pozostających do daty spłaty kredytu z zaokrągleniem do pełnego miesiąca, określone w umowie kredytu w dniu jej zawarcia;
 - 2) świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane jest na dzień, o którym mowa w Rozdziale 6 ust. 3 lub 4 odpowiednio, według formuły opisanej w punkcie 1) powyżej, z zastrzeżeniem, że w przypadku osób objętych ochroną w ramach Opcji 3, mają dodatkowo zastosowanie postanowienia Rozdziału 6 ust. 5.
 - 3) świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 6-11 według formuły: kwota kredytu dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, określone w umowie kredytu w dniu jej zawarcia, z zastrzeżeniem, że w przypadku osób objętych ochroną w ramach Opcji 3, mają dodatkowo zastosowanie postanowienia Rozdziału 6 ust. 8. Ubezpieczony nabywa uprawnienie do świadczenia z upływem każdego 30 dni pozostawania w stanie czasowej niezdolności do pracy przypadających po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej niezdolności do pracy.
 - 4) świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 12-13 według formuły: kwota kredytu dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, określone w umowie kredytu w dniu jej zawarcia z zastrzeżeniem, że w przypadku osób objętych ochroną w ramach Opcji 4, mają dodatkowo zastosowanie postanowienia Rozdziału 6 ust. 15. Należne świadczenie miesięczne wypłacane jest, jeżeli termin płatności raty przypadający w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni, z zastrzeżeniem, że świadczenie przestaje być wypłacane od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu.
3. Wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z odpowiednimi dokumentami, Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po powzięciu wiadomości o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
4. Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel rozpatruje i wypłaca świadczenie najpóźniej w ciągu 30 dni od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia wraz ze wszystkimi niezbędnymi dokumentami. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazałoby się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W celu rozpatrzenia roszczenia i wypłaty świadczenia wymagane jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) w przypadku śmierci:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu),
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
 - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu śmierci – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy (wydane na okres co najmniej 5 lat),
 - c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia lub orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

- 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) historia pobytu w szpitalu,
 - c) raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku,
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
 - e) zaświadczenie o wysokości raty przypadającej do zapłaty w miesiącu, w którym miał miejsce pobyt w szpitalu – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
 - g) kopie faktur lub rachunków (opłat) związanych z użytkowaniem nieruchomości przez Ubezpieczonego, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w okresie czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW.
 - 4) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:

každorazowo po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy:

 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - c) zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas określony równy lub krótszy niż czas trwania umowy kredytu, aktualne w dniu rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy,
 - d) zaświadczenie o wysokości średniego dochodu netto uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w ciągu 6 kolejnych miesięcy następujących bezpośrednio przed datą czasowej niezdolności do pracy – w przypadku Kredytobiorców ubezpieczonych w ramach Opcji 3,
 - e) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:
 - g) dowody wypłat zasiłku chorobowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
 - h) kopie faktur lub rachunków (opłat) związanych z użytkowaniem nieruchomości przez Ubezpieczonego, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w okresie czasowej niezdolności do pracy,
 - i) zaświadczenie o wysokości raty przypadającej do zapłaty w okresie czasowej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający.
 - 5) w przypadku poważnego zachorowania:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie lub oświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania – dostarcza Ubezpieczający,
 - e) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) kopie faktur lub rachunków (opłat), związanych z użytkowaniem nieruchomości przez Ubezpieczonego, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w miesiącu, w którym wystąpiło poważne zachorowanie,
 - g) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego lub zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie, o którym mowa w ust. 3, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

Rozdział 9. Obowiązki Ubezpieczonego.

1. Ubezpieczony, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zwłoki i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza. W razie potrzeby, na prośbę i na koszt Ubezpieczyciela, powinien poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Umyślne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 10. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonego:

- 1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
- 2) po upływie okresu ubezpieczenia określonego w Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową jeżeli okres ubezpieczenia jest krótszy od okresu, na który została zawarta Umowa kredytu,
- 3) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytu jako termin spłaty ostatniej raty kredytu, (jeżeli termin ten nie przekracza maksymalnego okresu ubezpieczenia) z zastrzeżeniem, że jeżeli Ubezpieczający odracza Ubezpieczonemu termin spłaty kredytu do maksymalnie dwunastu miesięcy, licząc od daty przewidzianej pierwotnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może zostać wydłużona do dnia całkowitej spłaty kredytu, jeżeli Ubezpieczyciel na piśmie wniosek Ubezpieczającego przedłuży okres ubezpieczenia,
- 4) w przypadku nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego,
- 5) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej,
- 6) w dniu zgonu Ubezpieczonego, stwierdzenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
- 7) w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego.

Rozdział 11. Wyłączenia odpowiedzialności.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:

- 1) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową lub próbą samobójstwa,
- 2) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
- 3) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
- 4) następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na wypadek zdarzenia będącego podstawą do zgłoszenia roszczenia,
- 5) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony,
- 6) urlopem macierzyńskim oraz stanem ciąży, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
- 7) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.

Rozdział 12. Przedawnienie roszczeń.

Roszczenia z umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

Rozdział 13. Postanowienia końcowe.

1. Umowa może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych WU.
2. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.
3. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
4. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy.