

**WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW  
KREDYTU ODNAWIALNEGO  
(INDEKS PKOBP/01)**

**Rozdział 1.** Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (Polisa nr PKO-BP 01) zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA SA a Powszechną Kasą Oszczędności Bankiem Polskim SA., na mocy której Zakład Ubezpieczeń zobowiązany jest do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. Wypłata świadczenia przez Zakład Ubezpieczeń pomniejsza zobowiązania finansowe z tytułu zadłużenia na rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym prowadzonym przez Ubezpieczającego.
3. Użyte w WU określenia oznaczają:
  - 1) Zakład Ubezpieczeń - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA SA z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa,
  - 2) Ubezpieczający – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski SA, z siedzibą w Warszawie ul. Puławska 15, 02-515 Warszawa,
  - 3) Ubezpieczony - osoba fizyczna będąca Kredytobiorcą lub Współkredytobiorcą, objęta ochroną na warunkach określonych w niniejszych WU, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę Kredytu Odnawialnego,
  - 4) Uposażony – osoba, wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do odbioru świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego,
  - 5) Uprawniony – osoba, której w przypadku zgonu Ubezpieczonego wypłacane jest świadczenie równe różnicy między należną kwotą świadczenia a zadłużeniem z tytułu kredytu i odsetek, zgodnie z warunkami Ubezpieczenia,
  - 6) Kredytobiorca/ Współkredytobiorca – osoba fizyczna, która zawarła Umowę Kredytu Odnawialnego z Ubezpieczającym,
  - 7) Kredyt odnawialny – kredyt w rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym udzielony Kredytobiorcy przez Ubezpieczającego,
  - 8) Umowa Kredytu Odnawialnego – umowa kredytu odnawialnego zawarta przez Ubezpieczającego z Kredytobiorcą,
  - 9) Umowa Ubezpieczenia - Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Kredytu Odnawialnego (Polisa nr PKO-BP 01) zawarta przez Zakład Ubezpieczeń z Ubezpieczającym,
  - 10) zgon - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności, o których mowa w Rozdziale 12 WU,
  - 11) trwała i całkowita niezdolność do pracy - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy lub podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie,
  - 12) czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez Ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim i prawem do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za okres choroby,
  - 13) poważne zachorowanie - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia:
    - 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



**CARDIF**

*Mach*  
*[Signature]*

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 wszczępienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,

14) nieszczeniwy wypadek - NW – nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego,

15) wiek Ubezpieczonego – wiek Ubezpieczonego określony jako różnica lat pomiędzy aktualnym rokiem kalendarzowym, a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

## **Rozdział 2.** Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.
2. Zakład Ubezpieczeń jest zobowiązany do spełnienia świadczenia w razie zajścia następujących zdarzeń:
  - 1) zgonu Ubezpieczonego,
  - 2) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
  - 3) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
  - 4) poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
3. W razie zajścia zdarzeń, o których mowa w ust. 2 niniejszego Rozdziału, odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń polega na wypłacie Uposażonemu, Uprawnionemu lub Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7, z zastrzeżeniem Rozdziału 9 ust. 1 i 2 oraz postanowień WU.

## **Rozdział 3.** Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

1. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia - polisy. Umowa Ubezpieczenia zawierana jest na czas nieoznaczony.
2. WU stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia.

## **Rozdział 4.** Objęcie ochroną.

1. Ochroną może być objęta każda osoba fizyczna, która:
  - 1) jest Kredytobiorcą lub Współkredytobiorcą,
  - 2) w chwili przystępowania do ubezpieczenia ukończyła 18 lat i w danym roku kalendarzowym ukończy nie więcej niż 80 lat,
  - 3) spełniła warunki, o których mowa w ust. 2.
2. Warunkiem objęcia ochroną osoby, o której mowa w ust. 1 jest, aby osoba ta:
  - 1) wyraziła zgodę na objęcie ochroną poprzez podpisanie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną,
  - 2) zawarła z Ubezpieczającym Umowę Kredytu Odnawialnego.
3. W przypadku udzielenia kredytu odnawialnego więcej niż jednej osobie każdy Współkredytobiorca może zostać objęty ochroną, pod warunkiem podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną.

## **Rozdział 5.** Początek odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń.

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością Zakładu Ubezpieczeń następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4, z zastrzeżeniem ustępów 3, 4, 5 i 6 niniejszego Rozdziału.



**CARDIF**

*Miesz*  
*Skuska*

2. Okres ubezpieczenia jest automatycznie przedłużany na kolejne miesięczne okresy bez konieczności składania kolejnych Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6 niniejszego Rozdziału.
3. Objęcie danej osoby zgłaszanej do ubezpieczenia odpowiedzialnością Zakładu Ubezpieczeń potwierdzone jest umieszczeniem przez Ubezpieczającego w raportach osób ubezpieczonych przesyłanych do Zakładu Ubezpieczeń zgodnie z Artykułem 5 ust. 3 Umowy Ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
  - 1) następnego dnia po dniu przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy - w przypadku zdarzeń będących następstwem NW,
  - 2) trzydziestego dnia po dniu przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy - w przypadku zdarzeń nie będących następstwem NW,
  - 3) dziewięćdziesiątego dnia po dniu przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania.
5. W przypadku zmiany limitu kredytowego Ubezpieczony podpisuje nową Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną. Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń względem Ubezpieczonego w zakresie nowego limitu kredytowego rozpoczyna się:
  - 1) następnego dnia po dniu zmiany limitu kredytowego w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w przypadku zdarzeń będących następstwem NW,
  - 2) trzydziestego dnia po dniu zmiany limitu kredytowego w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w przypadku zdarzeń nie będących następstwem NW,
  - 3) dziewięćdziesiątego dnia po dniu zmiany limitu kredytowego w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania.

Do dnia rozpoczęcia odpowiedzialności w zakresie zgodnym ze zmienionym limitem kredytowym Zakład Ubezpieczeń udziela ochrony na warunkach obowiązujących przed zmianą limitu.
6. W przypadku zmiany limitu kredytowego, jeżeli Kredytobiorca nie podpisze nowej Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, ochrona będzie kontynuowana na warunkach obowiązujących przed zmianą limitu, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 3.

#### **Rozdział 6. Wypowiedzenie i odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia .**

1. Umowa Ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego w każdym czasie z zachowaniem przynajmniej trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, poprzez wysłanie do Zakładu Ubezpieczeń oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy w formie pisemnej za pomocą listu poleconego. Okres wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego bezpośrednio następującego po miesiącu kalendarzowym, w którym wypowiedzenie zostało doręczone drugiej Stronie.
2. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
3. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Zakład Ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem Rozdziału 8 ust. 3.

#### **Rozdział 7. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.**

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania Ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej równa jest limitowi kredytowemu przyznanemu Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego w ramach Umowy Kredytu Odnawialnego, obowiązującemu w dniu zdarzenia, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 5 ust. 5 i 6, nie więcej jednak niż 55 000 złotych.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy równa jest 42% limitu kredytowego, obowiązującego w dniu powstania czasowej niezdolności do pracy będącej podstawą do nabycia prawa do świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 5 ust. 5 i 6, nie więcej jednak niż 6300 złotych.
3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Zakład Ubezpieczeń wypłaca Uposażonemu i Uprawnionym, w częściach określonych w Rozdziale 9 ust. 2, świadczenie równe sumie ubezpieczenia określonej na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1 niniejszego, Rozdziału, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 5 ust. 5 i 6.
4. W przypadku zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku Zakład Ubezpieczeń wypłaca Uposażonemu i Uprawnionym, w częściach określonych w Rozdziale 9 ust. 2, dodatkowe świadczenie równe sumie



CARDIF

*Moh*  
*Skusman*

ubezpieczenia na wypadek zgonu określonej na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 5 ust. 5 i 6.

5. W przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Zakład Ubezpieczeń wypłaca Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 5 ust. 5 i 6 oraz Rozdziału 9 ust. 1, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na dzień, w którym zostało wydane orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Zakładu Ubezpieczeń równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tej niezdolności, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1.
6. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania, Zakład Ubezpieczeń wypłaca Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 5 ust. 5 i 6 oraz Rozdziału 9 ust. 1, świadczenie równe sumie ubezpieczenia określonej na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 1.
7. Świadczenie Zakładu Ubezpieczeń w przypadku czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu miesięcznie, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 9 ust. 1, w kwocie 7% limitu kredytowego obowiązującego w dniu powstania tejże czasowej niezdolności do pracy, nie więcej jednak niż 1050 złotych. W okresie kolejnych 24 miesięcy liczba świadczeń miesięcznych nie może przekroczyć sześciu.
8. Ubezpieczony nabywa uprawnienie do świadczenia z upływem każdych 30 dni pozostawania w stanie czasowej niezdolności do pracy przypadających po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej niezdolności do pracy. Zakład Ubezpieczeń rozpoczyna wypłatę świadczeń miesięcznych nie wcześniej jednak niż po otrzymaniu zwolnienia lekarskiego i dowodu pobrania zasiłku chorobowego za okres, w którym przysługuje świadczenie.
9. W okresie kolejnych 24 miesięcy łączna wartość świadczeń Zakładu Ubezpieczeń, o których mowa w ust. 7 niniejszego Rozdziału, nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy określonej w ust. 2 niniejszego Rozdziału, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy).
10. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 7 niniejszego Rozdziału, przestaje być wypłacane począwszy od dnia:
  - 1) w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
  - 2) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
11. Jeżeli nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Zakład Ubezpieczeń rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 7 niniejszego Rozdziału, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
12. Jeżeli nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności 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 Zakład Ubezpieczeń rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 7, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, po upływie 60 kolejnych dni niezdolności do pracy.

#### **Rozdział 8. Składki.**

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do przekazywania Zakładowi Ubezpieczeń składek za Ubezpieczonych.
2. W przypadku, gdy nastąpi zmiana przepisów prawa dotyczących obciążeń publicznoprawnych, związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia, Zakład Ubezpieczeń ma prawo do proporcjonalnej zmiany wysokości składek, przy czym zmiana nie może dotyczyć składek z tytułu ubezpieczenia osób, które przystąpiły do ubezpieczenia przed wejściem w życie zmiany.
3. Zakład Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną w okresie, za który została opłaconą należna składka ubezpieczeniowa, oraz, w przypadku braku wolnych środków na rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym, dodatkowo przez dwa miesiące po tym okresie, bez obowiązku opłaty składki, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 11.



**CARDIF**

*Mob*  
*placownik*

## Rozdział 9. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia

1. Świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, czasowej niezdolności do pracy wypłacane są na rachunek oszczędnościowo-rozliczeniowy Ubezpieczonego, do którego został udzielony przez Ubezpieczającego Kredyt odnawialny.
2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego świadczenie wypłacane jest:
  - a) Uposażonemu – w kwocie równej zadłużeniu z tytułu kredytu i odsetek na dzień wypłaty świadczenia,
  - b) następującym osobom Uprawnionym w kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inni ustawowi spadkobiercy – w kwocie odpowiadającej różnicy między należną kwotą świadczenia a zadłużeniem z tytułu kredytu i odsetek na dzień wypłaty świadczenia.
3. Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami zgłaszający roszczenie zobowiązany jest złożyć do Zakładu Ubezpieczeń niezwłocznie po powzięciu informacji o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
4. Zakład Ubezpieczeń spełni świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od dnia otrzymania przez Zakład Ubezpieczeń wniosku o realizację świadczenia oraz oryginałów lub kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia. W zależności od tytułu, z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, wymagane są następujące dokumenty:
  - 1) w przypadku zgonu:
    - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia,
    - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
    - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
    - d) Deklaracja lub Deklaracje Zgody na Objęcie Ochroną,
    - e) inne dokumenty wymagane przez Zakład Ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala, protokół lub raport policyjny z miejsca wypadku, lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę w przypadku zgonu w wyniku nieszczęśliwego wypadku),
  - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
    - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia,
    - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
    - c) Deklaracja lub Deklaracje Zgody na Objęcie Ochroną,
    - d) inne dokumenty wymagane przez Zakład Ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala),
  - 3) w przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy:
    - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia,
    - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu - historia pobytu w szpitalu,
    - c) informacja pracodawcy lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych dotycząca zgłoszenia okresu niezdolności do pracy oraz wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
    - d) Deklaracja lub Deklaracje Zgody na Objęcie Ochroną,
    - e) inne dokumenty wymagane przez Zakład Ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala),
    - f) każdorazowo przed miesięczną wypłatą świadczenia (bez obowiązku złożenia druku zgłoszenia roszczenia w kolejnych miesiącach) - dowody wypłat zasiłku chorobowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego, za który przysługuje świadczenie,



CARDIF

Wład  
Kuczał

- 4) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego:
  - a) wypełniony druk zgłoszenia roszczenia,
  - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
  - c) Deklaracja lub Deklaracje Zgody na Objęcie Ochroną,
  - d) inne dokumenty wymagane przez Zakład Ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala),
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu, Zakład Ubezpieczeń informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie 30 dni od dnia zgłoszenia wniosku o realizację świadczenia oraz przekazania wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, wskazując na podstawę prawną i okoliczności uzasadniające odmowę wypłaty lub wypłatę świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu.

#### **Rozdział 10. Obowiązki Ubezpieczonego.**

1. Ubezpieczony, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zbędnego opóźnienia, postępować zgodnie z zaleceniami lekarza i w razie prośby Zakładu Ubezpieczeń poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Zakład Ubezpieczeń na koszt Zakładu Ubezpieczeń. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Zakładowi Ubezpieczeń, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, zgodnie ze stosownymi przepisami.
2. Udzielenie przez zgłaszającego roszczenie lub Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą, lub niekompletnych, pomimo wezwania przez Zakład Ubezpieczeń do ich uzupełnienia, stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

#### **Rozdział 11. Wygaśnięcie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń.**

Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń wygasa w stosunku do każdego Ubezpieczonego:

1. w dniu, w którym Umowa Kredytu Odnawialnego została rozwiązana,
2. w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu z przyczyn nie będących następstwem nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat,
3. w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku – z upływem okresu, za który została opłacona ostatnia składka w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 80 lat,
4. w przypadku braku wolnych środków na rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym - z upływem ostatniego dnia drugiego miesiąca następującego po zakończeniu okresu, za który została opłacona składka. Jeżeli w tym okresie Ubezpieczony podpisze nową Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń nie wygaśnie i ochrona będzie kontynuowana,
5. w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony otrzymał uprawnienia do renty lub emerytury,
6. w dniu wypłaty świadczenia z tytułu zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego,

#### **Rozdział 12. Wyłączenia odpowiedzialności.**

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

- 1) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną,
- 2) działaniem Ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 3) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
- 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
- 5) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń lub wypadków zaistniałych przed tym dniem



**CARDIF**

- 6) 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,
- 7) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
- 8) uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pływaniarstwo, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
- 9) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
- 10) urlopem macierzyńskim oraz stanem ciąży, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
- 11) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
- 12) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.

### **Rozdział 13.** Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem.

### **Rozdział 14.** Postanowienia końcowe.

1. Wszelkie spory mogące wyniknąć z objęcia ochroną na podstawie WU będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
2. W sprawach nieuregulowanych Umową Ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych właściwych przepisów prawa.



**CARDIF**

*Marek*  
*Alimura*