

Załącznik 4. do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców POLISA o indeksie Sygma/05
oraz POLISA o indeksie Sygma/06



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

INDEKS: SYGMA/05/2011

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców, oznaczone indeksem SYGMA/05/2011 mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie o indeksie Sygma/05 zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce oraz Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie Sygma/06 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/05/2011 (dalej: Warunki) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. „**Aktywacja karty**” – zmiana statusu karty z nieaktywnej na aktywną, dokonana przez Ubezpieczającego na wniosek Kredytobiorcy, umożliwiającą Ubezpieczonemu dokonywanie transakcji z użyciem karty;
2. „**Choroba**” – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
3. „**Deklaracja zgody**” – oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego Kredytobiorca wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, złożone Ubezpieczającemu w formie pisemnej albo w trakcie rozmowy telefonicznej zainicjowanej przez Ubezpieczającego lub jego przedstawiciela na warunkach określonych w niniejszych SWU;
4. „**Dzień przystąpienia do ubezpieczenia**” –
 - a) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia na podstawie wniosku złożonego w formie pisemnej – dzień złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej i podpisanej przez Kredytobiorcę Deklaracji zgody.
 - b) w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia na podstawie oświadczenia złożonego w trakcie rozmowy telefonicznej Kredytobiorcy z Ubezpieczającym lub jego przedstawicielem – dzień, w którym Kredytobiorca wyraził zgodę podczas rozmowy telefonicznej na przystąpienie do ubezpieczenia.
W przypadku wielokrotnego przystąpienia do ubezpieczenia przez Kredytobiorcę, Ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej Umowy o kartę kredytową, jest udzielana tylko na podstawie pierwszego przystąpienia do ubezpieczenia. Powyższe nie stoi w sprzeczności z możliwością zmiany Pakietu przez Ubezpiezonego;
5. „**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 Ubezpiezonego 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 lub gdy zakwalifikowano Ubezpiezonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpiezonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - f) w przypadku utraty pracy:
 - dla osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony – dzień rozwiązania stosunku pracy, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia umów o pracę zawartych na czas nieokreślony, w tym także dzień rozwiązania stosunku służbowego, wskazany w pisemnym dokumencie orzekającym o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - dla osób prowadzących działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania działalności z ewidencji działalności gospodarczej przez właściwy organ administracji samorządowej;
6. „**Karta**” – karta płatnicza z Kredytem, wydana Posiadaczowi karty w oparciu o Umowę o kartę kredytową zawartą z Kredytodawcą;
7. „**Kredyt**” – limit odnawialny udzielony Posiadaczowi karty przez Kredytodawcę na podstawie Umowy o kartę kredytową, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy i walucie krajowej (zł), oferowany na okres 12 miesięcy, z możliwością jego automatycznego przedłużenia na kolejny 12-miesięczny okres, oraz w tym samym trybie na kolejne 12-miesięczne okresy;
8. „**Kredytobiorca**” – osoba fizyczna oraz rolnik indywidualny albo osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, będąca Posiadaczem karty, która zawarła z Kredytodawcą Umowę o kartę kredytową oraz korzysta z kredytu jako Kredytobiorca główny (kredytobiorca 1);
9. „**Kredytodawca**” – Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce udzielający Kredytu w ramach Karty w oparciu o wewnętrzne regulacje oraz zawierający z Kredytobiorcą Umowę o kartę kredytową;
10. „**Lekarz**” – osoba wykonująca zawód lekarza medycyny, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
11. „**Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe**” – rodzaj świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego z tytułu utraty pracy, pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, którego wysokość jest równa minimalnej kwocie spłaty zadłużenia zgodnie z Tabelą opcji minimalnych spłat określonej w Umowie o kartę kredytową, stanowiącej nie więcej niż 5 % średniej wielkości Salda zadłużenia, z zastrzeżeniem że jeżeli zgodnie z Tabelą opcji minimalnych spłat określonej w Umowie o kartę kredytową wymagana jest spłata salda w całości, Ubezpieczyciel spłaca całość pod warunkiem, że nie przekracza ono 30 zł.

Handwritten signature

12. „Miesięczny wyciąg” – sporządzone przez Kredytodawcę zestawienie transakcji lub operacji dokonanych w Okresie rozliczeniowym za pomocą Karty, w danym Okresie rozliczeniowym Karty, skutkujących zmianą Salda zadłużenia. Wyciąg uwzględnia wszystkie opłaty, prowizje oraz odsetki pobrane przez Ubezpieczającego;
13. „Nieszczęśliwy wypadek” –nagle, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
14. „Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny” –nagle, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie ubezpieczeniowe przy udziale pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym 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;
15. „Ochrona ubezpieczeniowa” –ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia i na zasadach określonych w niniejszych Warunkach (ubezpieczenie);
16. „Okres rozliczeniowy” – okres, który zgodnie z Umową o kartę kredytową jest podstawą naliczania przez Ubezpieczającego Salda zadłużenia w comiesięcznym wyciągu z tytułu zadłużenia Karty.
17. „Okres ubezpieczenia” –czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, rozpoczynający się od dnia wskazanego w art. 4 ust.1 oraz trwającej przez miesięczny Okres rozliczeniowy. Okres ubezpieczenia jest automatycznie wznawiany na kolejny jednomiesięczny Okres rozliczeniowy oraz w tym samym trybie na kolejne miesięczne Okresy rozliczeniowe;
18. „Opłata ubezpieczeniowa” – miesięczna opłata pobierana przez Ubezpieczającego od Ubezpieczonego w poczet Kredytu na podstawie Umowy o Kartę kredytową;
19. „Orzeczenie” –prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o 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 lub KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu;
20. „Pakiet podstawowy” –jeden z 3 Pakietów podstawowych ubezpieczenia charakteryzujący się określonym zakresem ubezpieczenia oraz limitem wiekowym Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Pakietu;
21. „Przyznany kredyt” – maksymalny kredyt, przyznany Kredytobiorcy na podstawie Umowy o kartę kredytową zawartej z Kredytodawcą, na jaki Posiadacz karty może się zadłużyć oraz który może wykorzystywać wielokrotnie. W przypadku zmiany wysokości przyznanego limitu kredytu pod uwagę brany jest nowy przyznany limit w zmienionej wysokości, przy czym maksymalna wysokość przyznanego limitu nie może wynieść więcej niż 70.000 zł;
22. „Posiadacz karty” – Kredytobiorca korzystający z Kredytu udzielanego w ramach Umowy o kartę kredytową;
23. „Pojazd” –pojazd samochodowy, pojazd szynowy, ciągnik rolniczy, motorower, motocykl, rower, dopuszczony do ruchu lądowego oraz pojazd mechaniczny dopuszczony do ruchu wodnego lub powietrznego, na podstawie odpowiednich przepisów prawa polskiego;
24. „Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku” –potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego. Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku wyraża się w dniach oraz oblicza się jako różnica między datą wypisu ze szpitala a datą przyjęcia do szpitala. Za pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku uznaje się okres:
 - a. w przypadku pierwszego pobytu w szpitalu oraz każdego kolejnego pobytu w szpitalu, gdy od ostatniego pobytu w szpitalu upłynęło co najmniej 30 dni: okres kolejnych 3 pierwszych dni, a gdy po upływie 3 dni Ubezpieczony nadal przebywa w szpitalu, okres każdego kolejnych 30 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
 - b. w przypadku kolejnego pobytu w szpitalu, gdy od ostatniego pobytu w szpitalu nie upłynęło co najmniej 30 dni:
 - wskutek tej samej przyczyny - okres każdego kolejnych 30 dni przebywania Ubezpieczonego w szpitalu,
 - wskutek innego nieszczęśliwego wypadku zgodnie z postanowieniami z lit.a;
25. „Poważne zachorowanie” – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) **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 w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN (CIN – CervicalIntraepithelialNeoplasia) 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), podstawnomórkowy 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;
 - b) **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);
 - c) **udar mózgu** – nagłe 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;
 - d) **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;
 - e) **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;

- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub 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 lub 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;
26. **„Saldo zadłużenia”** – całość zobowiązania Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy na dany dzień, wynikające z Umowy o kartę kredytową, obejmujące kapitał do spłaty, prowizje i inne opłaty naliczone i należne z Umowy o kartę kredytową oraz odsetki umowne, z wyłączeniem odsetek karnych, obliczone od kwoty pozostałej do spłaty oraz naliczone od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przy czym nie więcej niż za okres 30 dni. Saldo zadłużenia nie może być większe niż przyznany Kredyt; w przypadku ryzyka śmierci saldo zadłużenia liczone jest na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nie obejmując odsetek umownych naliczonych po dacie zdarzenia;
27. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w niniejszych Warunkach służąca jako podstawa do wyliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
28. **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
29. **„Szpital”** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. W rozumieniu niniejszych Warunków szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domu opieki pielęgniarstwa, hospicjów onkologicznych, ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych nawet jeśli stanowią organizacyjną część publicznego lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, szpitali sanatoryjnych;
30. **„Status bezrobotnego”** – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
31. **„Średniej wielkości saldo zadłużenia”** – średnia wartość salda zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
32. **„Świadczenie ubezpieczeniowe”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
33. **„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:
- a) wzroku w obu oczach, lub
 - b) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
34. **„Trwała i całkowita niezdolność do pracy”**
- a) **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 o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczonej na okres co najmniej 2 lat, z zastrzeżeniem, że okresy krótsze nie podlegają sumowaniu,
 - b) **w odniesieniu do pozostałych osób (nie wykonujących działalności rolniczej)** – stan niesprawności będący następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych Warunków;
35. **„Ubezpieczający”** – Kredytodawca, Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce;
36. **„Ubezpieczony”** – Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków, na rachunek którego zawarto Umowę ubezpieczenia przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem;
37. **„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, pobytu w szpitalu w skutek nieszczęśliwego wypadku lub Cardif Assurance Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w zakresie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz na wypadek utraty pracy;
38. **„Uprawniony”** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inna osoba wskazana w niniejszych Warunkach, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych Warunkach;
39. **„Umowa ubezpieczenia”** – odpowiednio Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie o indeksie Sygma/05 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/06 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 oraz ryzyka utraty pracy. Umowy ubezpieczenia wskazane w zdaniu poprzednim zawarte zostały na podstawie niniejszych Warunków;
40. **„Umowa o kartę kredytową”** – umowa zawarta przez Kredytodawcę z Kredytobiorcą dotycząca użytkowania Karty przez Kredytobiorcę;
41. **„Utrata pracy”** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego, rozumiane jako:
- a) rozwiązanie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego. Wypowiedzenie umowy o pracę powinno być sporządzone przez pracodawcę Ubezpieczonego z zachowaniem formy pisemnej. Z zakresu ochrony wyłączone są sytuacje utraty pracy, gdy Ubezpieczony otrzymał dokument wypowiedzenia ze wskazaną datą jego sporządzenia przed objęciem ochroną lub w okresie pierwszych 30 dni od objęcia ochroną ubezpieczeniową. Utrata pracy oznacza także ustanie stosunku służbowego w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - b) wyrejestrowanie działalności gospodarczej, spowodowanej przyczynami ekonomicznymi, tj.: uzyskiwaniem przez Ubezpieczonego strat finansowych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (ujemnego wyniku finansowego, liczonego jako różnica między



przychodami a kosztami ich uzyskania) przez okres kolejnych 6 miesięcy w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio poprzedzających wyrejestrowanie działalności gospodarczej;

42. „**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;
43. „**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 oraz ryzyko utraty pracy przez 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 60 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 65 lat:
 - śmierć,
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
- b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 66 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwale 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 60 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 65 lat:
 - śmierć,
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - poważne zachorowanie,
- b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 66 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwale 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;

Pakiet podstawowy 3 „Życie i Praca” obejmuje:

- a) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 18 do 60 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 65 lat:
 - śmierć,
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - utratę pracy,
 - b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 66 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwale 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 w ramach jednej Umowy o kartę kredytową 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 tylko dla tej następnej grupy wiekowej.
 6. Kredytobiorca, który jest w wieku 76 lat, może przystąpić do ubezpieczenia wyłącznie w zakresie Pakietu podstawowego 1 „Życie”.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2, może przystąpić każda osoba zawierająca Umowę o kartę kredytową, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, ma ukończony 18 rok życia i której wiek wraz z pierwszym okresem ubezpieczenia nie przekracza 99 lat, a także:
 - a) złożyła Deklarację zgody w dniu przystąpienia do ubezpieczenia
 - b) zawarła Umowę o kartę kredytową z Kredytodawcą, z tytułu której przyznany limit kredytowy nie przekracza 70.000 zł lub gdy łączna suma przyznanego limitu i zadłużenia z tytułu zobowiązań kredytowych na podstawie umów zawartych z Ubezpieczającym na dzień przystąpienia do ubezpieczenia, przy których występuje jako Ubezpieczona, nie przekracza 400.000 zł,
 - c) wyraziła zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową po otrzymaniu informacji o wyłączeniu odpowiedzialności w przypadku chorób lub wypadków zaistniałych przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia,
 - d) złożyła pisemnie lub telefonicznie oświadczenie o wyrażeniu zgody na obciążanie Karty Opłatą ubezpieczeniową.

- e) w przypadku pisemnego przystąpienia złożyła pisemne oświadczenie o stanie zdrowia przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
2. Ubezpieczony jest obciążony Oplatą ubezpieczeniową za objęcie go ubezpieczeniem na zasadach określonych w Umowie o kartę kredytową.
3. Z tytułu jednej Umowy o kartę kredytową, do ubezpieczenia może przystąpić wyłącznie Kredytobiorca główny (Kredytobiorca 1).

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 o kartę kredytową:
- w dniu zajścia późniejszego ze zdarzeń: w dniu zawarcia Umowy o kartę kredytową lub w 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;
 - 30 dnia po dniu zajścia późniejszego ze zdarzeń: dnia zawarcia Umowy o kartę kredytową lub dnia przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania oraz utraty pracy.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami art. 9 w okresach miesięcznych odnawialnych. Jeżeli przed końcem miesięcznego Okresu ubezpieczenia Ubezpieczony lub Ubezpieczyciel nie poinformuje drugiej strony o woli niekontynuowania ochrony ubezpieczeniowej w kolejnym miesięcznym okresie ubezpieczenia, ochrona zostaje przedłużona automatycznie na kolejny miesięczny Okres ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia zaistniałe w okresie zawieszenia.
3. Warunkiem kontynuacji ochrony w comiesięcznych, odnawialnych Okresach ubezpieczenia jest opłacenie przez Ubezpieczającego składki na warunkach, o których mowa w Umowie.
4. W przypadku nieopłacenia którejkolwiek ze Składek, odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec tego Ubezpieczonego ulega zawieszeniu od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, za który Składka Należna nie została opłacona (okres zawieszenia). Maksymalny okres zawieszenia trwa 3 miesiące. Postanowienia niniejszego ustępu w zakresie wygaśnięcia odpowiedzialności bez możliwości wznowienia nie mają zastosowania w przypadku braku zapłaty Składki przez Ubezpieczającego z uwagi na brak możliwości pobrania Oplaty ubezpieczeniowej.
5. W przypadku, braku możliwości pobrania Oplaty ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego, (w szczególności z powodu braku dostępnego Kredytu na pokrycie Oplaty ubezpieczeniowej, blokady możliwości dokonywania przez Ubezpieczonego transakcji) lub w przypadku, gdy niespełnione są warunki kwalifikujące do ubezpieczenia, Ochrona ubezpieczeniowa zostaje zawieszona od pierwszego dnia Okresu rozliczeniowego, w którym nie było możliwe pobranie Oplaty ubezpieczeniowej. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie wznowiona z pierwszym dniem Okresu Rozliczeniowego, za który pobrana zostanie Oplata ubezpieczeniowa a Ubezpieczający przekaże Ubezpieczycielowi informację o możliwości pobrania Oplaty ubezpieczeniowej. W okresie powyższego zawieszenia Ubezpieczający nie jest zobowiązany do zapłaty składki za tego Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczony jest objęty Ochroną Ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
7. W przypadku odstąpienia od Umowy o kartę kredytową 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 na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
8. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
- w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - w dniu zajścia zdarzenia w przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, lub poważnego zachorowania;
 - w ostatnim dniu okresu za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
 - w dniu rozwiązania Umowy o kartę kredytową;
 - w dniu w którym składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego za okres ustalony w Umowie ubezpieczenia po okresie zawieszenia, o którym mowa w ust. 4 oraz nie została przez niego wpłacona; po upływie 3 miesięcy okresu zawieszenia ochrona wygasa bez możliwości jej wznowienia.
 - w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z ubezpieczenia;
 - w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
 - w dniu 99 urodzin Ubezpieczonego;
 - w innych przypadkach wskazanych w Warunkach;

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

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
- Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem Okresu rozliczeniowego, za jaki została zapłacona ostatnia składka.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

- Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i wysokości wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji o warunkach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz do wydania, obowiązujących Warunków przed złożeniem Deklaracji zgody.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przyjmowania od Ubezpieczonego wszelkich dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, do których upoważniony został przez Ubezpieczyciela, w tym do przyjmowania, od osób zgłaszających zdarzenie, formularzy zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkiej otrzymanej dokumentacji od osób zgłaszających zdarzenie, służącej ustaleniu podstaw do wypłaty świadczenia oraz dołączyć do niej Deklarację zgody, kopię miesięcznego wyciągu za okres, w którym miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe, oraz informację o Średniej wielkości salda zadłużenia, każdorazowo po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, w trybie i na warunkach uzgodnionych z Ubezpieczycielem.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych.
- 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



*Ok
Kardif*

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 danych 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 Kredytobiorców i Współkredytobiorców, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek przekazywać, w razie konieczności, korespondencję dotyczącą ubezpieczenia na ostatni wskazany przez Ubezpieczonego adres do korespondencji zgłoszony przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie 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. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania łącznej składki za wszystkich Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową.
2. Składka płatna jest miesięcznie zgodnie z Okresem rozliczeniowym, za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej jest płatna na rachunek wskazany przez Ubezpieczyciela.
4. Dniem zapłaty składki jest dzień obciążenia rachunku bankowego Ubezpieczającego kwotą należnej składki.
5. Wysokość miesięcznej składki należnej za poszczególnego Ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia, obliczana jest jako wynik iloczynu miesięcznej stawki ubezpieczeniowej oraz salda zadłużenia wskazanego w ostatnim wyciągu miesięcznym.
6. Wysokość stawki ubezpieczeniowej (wyrażona procentowo) określona jest przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia.
7. 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.

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, przy czym nie więcej niż 70.000 zł.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub utraty pracy w każdych 12 miesiącach ochrony ubezpieczeniowej wynosi maksymalnie 6 Miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych, przy czym nie więcej niż 9.000 zł.

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 W OKRESIE 12 MIESIĘCY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

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, przy czym nie więcej niż Średnia wielkość salda zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego z 6 ostatnich miesięcy poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
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, przy czym nie więcej niż Średnia wielkość salda zadłużenia.

ART 12. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU W OKRESIE 12 MIESIĘCY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. W przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku danego Ubezpieczonego w danym okresie ubezpieczenia (trwającego nieprzerwane 3 dni), Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe (wskazane w art.1 pkt 11 niniejszych Warunków) obliczone na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
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 miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu, obliczone na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
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 wskutek nieszczęśliwego wypadku, 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 każdych 30 kolejnych dniach pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Maksymalna wysokość pojedynczego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosi 1.500 złotych.
5. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż łącznie 6 Miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku w ciągu kolejnych 12 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej.

ART 13. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY W OKRESIE 12 MIESIĘCY OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. W przypadku utraty pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe (wskazane w art.1 pkt 11 niniejszych Warunków) obliczone na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, po każdych 30 kolejnych dniach trwającego nieprzerwanie statusu bezrobotnego, za które Ubezpieczony pobrał zasiłek dla bezrobotnych.
2. Maksymalna wysokość pojedynczego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu utraty pracy wynosi 1.500 złotych.
3. Ubezpieczyciel wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż łącznie 6 świadczeń z tytułu utraty pracy w ciągu kolejnych 12 miesiącach ochrony ubezpieczeniowej.

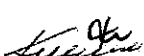
4. Ubezpieczony traci prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie utraty pracy z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do renty lub emerytury.

ART 14. 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, 3 niniejszego artykułu.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego należne świadczenie, którego wysokość wskazana jest w art. 11 ust. 2, 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 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 zdaniu poprzednim, udział w świadczeniu przysługujący tej osobie wypłacony zostanie pozostałym osobom odpowiednio na zasadach opisanych w ust. 2 niniejszego artykułu.

ART 15. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, osoba zgłaszająca roszczenie powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem Ubezpieczającego, 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 odpisami 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, poświadczane przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego formularza, 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 formularza zgłoszenia roszczenia.
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 terminach przewidzianych w ust. 4 i 5 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 pisemnej Deklaracji zgody lub złożenie przez Ubezpieczającego oświadczenia potwierdzającego, iż Kredytobiorca wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia złożoną w trakcie rozmowy telefonicznej z Ubezpieczającym lub przedstawicielem Ubezpieczającego wraz z kopią upoważnienia każdego lekarza do udzielenia Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. wszelkiej dokumentacji medycznej i wyciąg miesięczny za okres w którym miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe i informacją o wysokości Salda zadłużenia w Dniu zajścia zdarzenia wraz z informacją o Średniej wielkości salda zadłużenia, a także 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 (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - b) w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci Ubezpieczonego (karta zgonu);
 - dokument określający datę i okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja 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);
 - c) w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu);
 - dokument określający datę i okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja 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 17 będący w ruchu);



- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - d) w przypadku **trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, polegająca 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 określający datę i okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja 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 decyzja 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 określający datę i okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja 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);
 - h) w przypadku **utrąty pracy**:
 - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia;
 - umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony;
 - oświadczenie o rozwiązaniu stosunku pracy przez pracodawcę Ubezpieczonego zawierające datę sporządzenia tego dokumentu lub dokument potwierdzający wyrejestrowanie prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności z ewidencji działalności gospodarczej wraz z dokumentem potwierdzającym odnotowanie ujemnego wyniku finansowego przez okres 6 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu zasiłek dla bezrobotnych;
 - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
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 albo utraty pracy, osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku pobytu w szpitalu w skutek nieszczęśliwego wypadku:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b) w przypadku utraty pracy:
 - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych;
 - dokument potwierdzający, że przez 30 kolejnych dni Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego.
- ART 16. 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),
 - d) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
 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 po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, 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) 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,
 - g) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - h) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - i) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
 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 po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, 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) 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,
 - g) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - h) uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, takich jak: sporty motorowe, jeździectwo, lotnictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, kajakarstwo wysokogórskie, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - i) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - j) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
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) próbą samobójstwa, która miała miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) 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,
 - 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 chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - f) 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,
 - g) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - h) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - i) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - j) praktyk chirurgicznych rozumianych jako operacje plastyczne lub operacje kosmetyczne, za wyjątkiem operacji chyba że miały związek z nieszczęśliwym wypadkiem lub choroby będących przyczyną zajścia zdarzenia,
 - k) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
5. W przypadku **trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) próbą samobójstwa, która miała miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) 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,
 - 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 chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - f) 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,
 - g) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - h) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - i) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - j) praktyk chirurgicznych rozumianych jako operacje plastyczne lub operacje kosmetyczne, za wyjątkiem operacji chyba że miały związek z nieszczęśliwym wypadkiem lub choroby będących przyczyną zajścia zdarzenia,
 - k) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
6. W przypadku **pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) próbą samobójstwa, która miała miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) 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,
 - 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 chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - f) 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,
 - g) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - h) uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotnictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - i) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - j) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - k) praktyk chirurgicznych rozumianych jako operacje plastyczne lub operacje kosmetyczne, za wyjątkiem operacji chyba że miały związek z nieszczęśliwym wypadkiem lub choroby będących przyczyną zajścia zdarzenia.

7. W przypadku **poważnego zachorowania Ubezpieczonego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - a) 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,
 - 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,
 - d) 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,
 - e) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS,
 - f) popełnieniu lub usiłowaniu popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
8. W przypadku **utrąty pracy przez Ubezpieczonego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło wskutek następujących okoliczności:
 - a) Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę ze wskazanym dniem sporządzenia tego wypowiedzenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową lub w okresie pierwszych 30 dni od dnia objęcia ubezpieczeniem,
 - b) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego,
 - c) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron,
 - d) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy.
9. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w okresie zawieszenia.

ART 17. ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW LUB UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany Warunków, w szczególności 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;
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do doręczenia Ubezpieczającemu, na 60 dni przed planowanym dniem wprowadzenia zmian, nowego tekstu Warunków, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do rozwiązania Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania nowego tekstu Warunków.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest do doręczania Ubezpieczonym, na 30 dni przed planowanym dniem wprowadzenia zmian, nowego tekstu Warunków, z zastrzeżeniem, że otrzymają od Ubezpieczyciela treść zmienionych warunków wraz ze wskazanymi różnicami.
4. 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.
5. 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 18. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2000r Nr. 14, poz. 176, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2000 r. Nr. 54, poz. 654 z późn. zm.).

ART 19. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Skargi lub zażalenia mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi, w siedzibie Ubezpieczyciela, osobiście lub w innej wybranej formie.
2. Ubezpieczyciel udzieli 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 skargę lub zażalenie do Zarządu lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego złożonej skargi lub zażalenia, przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych.

ART 20. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą być wytoczone przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby wnoszącego roszczenie.

ART 21. 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 RisquesDivers 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

