



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

INDEKS: SYGMA/AMP/05/2014

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców, oznaczone indeksem SYGMA/AMP/05/2014 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/AMP/05/2014 (dalej: **Warunki**) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1. „**12 miesięcy ochrony ubezpieczeniowej**” –okres następujących po sobie 12 kolejnych miesięcy, z zastrzeżeniem że pierwszy 12 miesięczny okres ochrony liczony jest od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
2. „**Aktywacja karty**” – zmiana statusu Karty z nieaktywnej na aktywną, dokonana przez Ubezpieczającego na wniosek Kredytobiorcy, umożliwiającą Ubezpieczonemu dokonywanie transakcji z użyciem karty;
3. „**Choroba**” –reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
4. „**Dzień przystąpienia do ubezpieczenia**” – 01.08.2014 r., pod warunkiem złożenia przez Kredytobiorcę Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową;
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** – odpowiednio dzień wskazany w Orzeczeniu albo w przypadku braku wskazania dnia w Orzeczeniu, za dzień wystąpienia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - d) w przypadku **Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - e) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - w odniesieniu do nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień ustalenia przez lekarza rozpoznania, potwierdzającego zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych Warunkach;
 - w odniesieniu do operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - w odniesieniu do przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo w przypadku zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep - dzień zakwalifikowania;
 - f) w przypadku **Utraty pracy**:
 - dzień rozwiązania stosunku pracy z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia umów o pracę zawartych na czas nieokreślony, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy - w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych w Dniu zajścia zdarzenia na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony,
 - dzień rozwiązania stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku służbowego - w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych w Dniu zajścia zdarzenia na podstawie stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony,
 - dzień wyrejestrowania działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej-dla osób fizycznych prowadzących w Dniu zajścia zdarzenia własną działalność gospodarczą;
6. „**Karta**” lub „**Kredyt Odnowialny**” –karta kredytowa, wydana Kredytobiorcy w oparciu o Umowę o kartę kredytową zawartą z Kredytodawcą lub Kredyt Odnowialny udzielony Kredytobiorcy w oparciu o Umowę kredytu odnowialnego zawartą z Kredytodawcą;
7. „**Kredyt**” –limit odnowialny udzielony Posiadaczowi karty przez Kredytodawcę na podstawie Umowy o kartę kredytową lub limit odnowialny udzielony Kredytobiorcy przez Kredytodawcę na podstawie Umowy kredytu odnowialnego, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy i w walucie krajowej (zł), oferowany na okres 12 miesięcy, który jest automatycznie przedłużany na kolejny okres oraz w tym samym trybie na kolejne 12-miesięczne okresy, jeżeli Kredytobiorca lub Kredytodawca nie wypowiedzą w terminie wcześniejszym Umowy o kartę lub Umowy kredytu odnowialnego;
8. „**Kredytobiorca**” –osoba fizyczna w tym osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej) oraz która zawarła z Kredytodawcą Umowę o kartę kredytową lub Umowę kredytu odnowialnego oraz korzysta z kredytu jako Kredytobiorca główny (Kredytobiorca 1) i która otrzymała pisemną lub za pośrednictwem systemu bankowości elektronicznej informację od Ubezpieczającego o możliwości objęcia ochroną na niniejszych Warunkach (Zawiadomienie);
9. „**Kredytodawca**” –Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce udzielający Kredytu w ramach Karty lub Kredytu Odnowialnego w oparciu o wewnętrzne regulacje oraz zawierający z Kredytobiorcą Umowę o kartę kredytową lub Umowę kredytu odnowialnego;
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:
 - a) dla **Karty** – minimalnej kwocie spłaty zadłużenia zgodnie z Tabelą opcji minimalnych spłat określonej w Umowie o kartę kredytową lub, 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;

- b) dla Kredytu Odnowialnego – wysokości minimalnej miesięcznej spłaty należnej Ubezpieczającemu z tytułu Umowy kredytu odnowialnego stanowiącej nie więcej niż 5 % Średniej wielkości salda zadłużenia.
12. „Miesięczny wyciąg” – sporządzone przez Kredytodawcę zestawienie transakcji lub operacji dokonanych w danym Okresie rozliczeniowym Karty lub Kredytu Odnowialnego, skutkujących zmianą Salda zadłużenia. Wyciąg uwzględnia wszystkie opłaty, prowizje oraz odsetki pobrane przez Ubezpieczającego;
 13. „Nieszczęśliwy wypadek” – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w Okresie ubezpieczenia;
 14. „Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny” –nagłe, zewnętrzne, niezależne od woli ani stanu zdrowia 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 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 lub Umową kredytu odnowialnego jest podstawą naliczania przez Ubezpieczającego Salda zadłużenia w comiesięcznym wyciągu z tytułu rozliczenia Karty lub Kredytu Odnowialnego;
 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 trwający 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 lub Umowy kredytu odnowialnego;
 19. „Orzeczenie” –prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
 20. „Ośrodek” – placówki, zakłady, centra, oddziały, pododdziały, kliniki oraz wszelkie inne podmioty, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezależnie od stosowanego nazewnictwa oraz przynależności administracyjnej lub organizacyjnej;
 21. „Pakiet podstawowy” –jeden z 3 Pakietów podstawowych ubezpieczenia charakteryzujący się określonym zakresem ubezpieczenia oraz limitem wiekowym Ubezpieczonego objętego Ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Pakietu;
 22. „Przyznany kredyt” – maksymalny kredyt, przyznany Kredytobiorcy na podstawie Umowy o kartę kredytową lub Umowy kredytu odnowialnego zawartej z Kredytodawcą, na jaki Kredytobiorca 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;
 23. „Posiadacz karty” – Kredytobiorca korzystający z Kredytu udzielanego w ramach Umowy o kartę kredytową;
 24. „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;
 25. „Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku” – trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni całonocny pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, celem leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem Nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do szpitala;
 26. „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-3 (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), podstawniokomórkowy 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 sercu 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;

Handwritten signature

- 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, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie 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** – jedno ze zdarzeń: przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy. Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
27. **„Saldo zadłużenia”** – całość zobowiązania Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy na dany dzień, wynikające z Umowy o kartę kredytową lub Umowy kredytu odnawialnego, obejmujące kapitał do spłaty, prowizje i inne opłaty naliczone i należne z Umowy o kartę kredytową lub Umowy kredytu odnawialnego 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 tego zdarzenia;
28. **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w niniejszych Warunkach służąca jako podstawa do wyliczenia wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
29. **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu, przeznaczona na pokrycie co najmniej ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
30. **„Szpital”** – działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego Lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny;
31. **„Status bezrobotnego”** – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
32. **„Śmierć”** – zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny i uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności zawartych w niniejszych Warunkach;
33. **„Średniej wielkości saldo zadłużenia”** – średnia wartość Salda zadłużenia Ubezpieczonego względem Ubezpieczającego z ostatnich 6 miesięcy poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego;
34. **„Świadczenie ubezpieczeniowe”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
35. **„Trwale i częściowe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku”** – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - wzroku w obu oczach lub
 - co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
36. **„Trwała i całkowita niezdolność do pracy”**
 - w odniesieniu do rolników indywidualnych – niezdolność do samodzielnej egzystencji, wymagająca stałej i długotrwałej opieki innej osoby, potwierdzona Orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji wydanym przez lekarza rzeczoznawcę KRUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczonej na okres co najmniej 2 lat, z zastrzeżeniem że okresy krótsze nie podlegają sumowaniu,
 - w odniesieniu do pozostałych osób (nie prowadzących działalności rolniczej) – stan niesprawności będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku lub Choroby, uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych Warunków;
37. **„Ubezpieczający”** – Kredytodawca, Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce;
38. **„Ubezpieczony”** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków, na rachunek którego Ubezpieczający i Ubezpieczyciel zawarli Umowę ubezpieczenia;
39. **„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 wskutek 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;
40. **„Uprawniony”** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inna osoba wskazana w niniejszych Warunkach, uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych Warunkach;
41. **„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;
42. **„Umowa o kartę kredytową”** – umowa zawarta przez Kredytodawcę z Kredytobiorcą dotycząca użytkowania Karty przez Kredytobiorcę;
43. **„Umowa kredytu odnawialnego”** – umowa zawarta przez Kredytodawcę z Kredytobiorcą dotycząca odnawialnego limitu kredytowego, nie będąca Umową o kartę kredytową;
44. **„Utrata pracy”** – zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na:
 - w przypadku osób fizycznych zatrudnionych w Dniu zajścia zdarzenia na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego na czas nieokreślony - utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych z Ubezpieczonym na czas nieokreślony, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje Status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszych Warunków;



- w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą - 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;

45. „Wiek Ubezpieczonego” – liczba stanowiąca wynik różnicy pomiędzy odpowiednio datą przystąpienia do Ubezpieczenia albo datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego albo datą wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia albo inną datą niezbędną do właściwej realizacji postanowień Umowy ubezpieczenia, a datą urodzenia Ubezpieczonego;
46. „Zdarzenie ubezpieczeniowe” – zdarzenie wymienione w niniejszych Warunkach, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego;
47. „Zgoda na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową” – brak złożenia przez Kredytobiorcę wobec Ubezpieczającego sprzeciwu w formie pisemnej lub telefonicznej co do objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zaproponowanych przez Ubezpieczającego Warunkach w ciągu 60 dni od dnia otrzymania Zawiadomienia od Ubezpieczającego;

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 zaproponowanego przez Ubezpieczającego w Zawiadomieniu 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,
 - Trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem, że Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku;

Pakiet podstawowy 2 „Życie i Zdrowie” obejmuje:

- a) dla Ubezpieczonych w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 18 do 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,
 - Trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego pod warunkiem, że Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku;

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,
 - Trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - Śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego pod warunkiem, że Śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku.
3. Kredytobiorca zostaje objęty Ochroną ubezpieczeniową z tytułu wszystkich ryzyk dostępnych dla Kredytobiorcy w ramach danego Pakietu podstawowego oraz w zależności od jego wieku.
 4. Kredytobiorca w ramach jednej Umowy o kartę kredytową lub Umowy kredytu odnawialnego może być objęty Ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego Pakietu podstawowego.
 5. Kredytobiorca przystępując do ubezpieczenia w ramach danego Pakietu podstawowego, 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 (z danym dniem) zostaje objęty Ochroną ubezpieczeniową właściwą tylko dla tej następnej grupy wiekowej.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczeniem może zostać objęty Kredytobiorca, który w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończony 18 rok życia i którego wiek wraz z pierwszym Okresem ubezpieczenia nie przekracza 99 lat, a także zawarł Umowę o kartę kredytową lub Umowę kredytu odnawialnego z Kredytodawcą, z tytułu której przyznany limit kredytowy nie przekracza 70.000 zł lub gdy w Dniu

- przystąpienia do ubezpieczenia łączna suma przyznanego limitu i zadłużenia z tytułu zobowiązań kredytowych na podstawie wszystkich kredytów przy zawieraniu których Kredytobiorca objęty został ubezpieczeniem, nie przekracza 400.000 zł.
2. Ubezpieczony jest obowiązany Opłatą ubezpieczeniową za objęcie go ubezpieczeniem na zasadach określonych w Umowie o kartę kredytową lub w Umowie kredytu odnawialnego.
 3. Z tytułu jednej Umowy o kartę kredytową lub jednej Umowy kredytu odnawialnego 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:
 - a) 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;
 - b) 30 dnia po Dniu 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, 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 ubezpieczeniowe 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 Opłaty ubezpieczeniowej.
5. W przypadku braku możliwości pobrania Opłaty ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego (w szczególności z powodu braku dostępnego Kredytu na pokrycie Opłaty 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 Opłaty ubezpieczeniowej. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie wznowiona z pierwszym dniem Okresu rozliczeniowego, za który pobrana zostanie Opłata ubezpieczeniowa a Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczycielowi informację o możliwości pobrania Opłaty 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.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

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

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i wysokości wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Kredytobiorcy na co najmniej 60 dni przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia treści obowiązujących Warunków.
3. 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.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkiej otrzymanej dokumentacji od osób zgłaszających roszczenie, służącej ustaleniu podstaw do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego oraz do dołączenia do niej kopii 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.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych.
6. Ubezpieczający ma obowiązek przekazywać Ubezpieczonym informacje o zmianach Warunków w sposób zwyczajowo przez niego przyjęty. W przypadku nie przekazania tych zmian Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do terminowej wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym informacji 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.
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.

[Handwritten signature]

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.

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 każdym kolejnych 12 miesiącach Ochrony ubezpieczeniowej wynosi maksymalnie 6 Miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych, przy czym nie więcej niż 9.000 zł.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Utraty pracy w całym okresie Ochrony ubezpieczeniowej wynosi maksymalnie 12 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 (trwającego nieprzerwanie 3 dni) danego Ubezpieczonego w danym Okresie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe (wskazane w art. 1 pkt 10 niniejszych Warunków) obliczone na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przypadające do zapłaty bezpośrednio po okresie tych 3 dni.
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 po każdym 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, wypłaci Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe obliczone na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli w okresie 30 dni Pobytu danego Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku przypadają do spłaty dwa Miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie, którego data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugie ze świadczeń Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych 30 dniach Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
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 każdym 30 dniach nieprzerwanego 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, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.

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

1. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe (wskazane w art. 1 pkt 10 niniejszych Warunków) obliczone na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku.
2. W przypadku gdy po upływie 30 dni, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku, Ubezpieczyciel wypłaci Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe obliczone na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczonego po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych. Jeżeli w okresie 30 dni nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku przypadają do spłaty dwa Miesięczne świadczenia ubezpieczeniowe Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe, którego data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugie ze Świadczeń ubezpieczeniowych Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych nieprzerwanych 30 dniach za które Ubezpieczonemu przysługiwał Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych.
3. Maksymalna wysokość pojedynczego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty pracy wynosi 1.500 złotych.
4. Ubezpieczyciel wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż łącznie 6 świadczeń z tytułu Utraty pracy w ciągu kolejnych 12 miesięcy Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 3.
5. 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 ubezpieczeniowe, 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;

[Handwritten signature]

- 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 ubezpieczeniowego z tytułu Śmierci, Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku albo 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 ubezpieczeniowym przysługujący tej osobie wypłacony zostanie pozostałym osobom odpowiednio na zasadach opisanych w ust. 2 niniejszego artykułu.

ART 15. SPOSÓB ZGŁASZANIA 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 wykonane przez tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zgłoszenia roszczenia 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 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. W celu ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający przekazuje do Ubezpieczyciela zgłoszenie roszczenia oraz informacje 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;
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - zaświadczenie o przyczynie Śmierci Ubezpieczonego (np. karta zgonu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) w przypadku Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - zaświadczenie o przyczynie Śmierci Ubezpieczonego (np. 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;
 - c) w przypadku Śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - zaświadczenie o przyczynie Śmierci Ubezpieczonego (np. 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 jest wymagany w przypadku, gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez Pojazd wskazany w art. 1 pkt. 22 będący w ruchu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d) w przypadku Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku:
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - wzroku w obu oczach lub
 - 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);

[Handwritten signature]

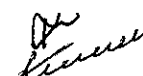
- e) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych Warunków;
 - dokument określający przyczynę niezdolności do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący zajście Nieszczęśliwego wypadku jak raport 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**:
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 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**:
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - 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 **Utraty pracy**:
 - formularz zgłoszenia roszczenia;
 - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia;
 - umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony z ostatniego miejsca zatrudnienia;
 - oświadczenie o rozwiązaniu stosunku pracy przez pracodawcę Ubezpieczonego zawierające datę sporządzenia tego dokumentu;
 - 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 z Urzędu Pracy o uzyskaniu Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu zasiłek dla bezrobotnych;
 - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia zdarzenia;
 - 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 roszczenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, następujące dokumenty:
- a) w przypadku Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku:
 - dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b) w przypadku Utraty pracy:
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz Statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego 30-dniowego okresu.

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).
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) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających lub psychoaktywnych (np. tzw. dopalaczy) za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami Lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed Dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową.
3. W przypadku **Śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście Zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową,
 - b) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających lub psychoaktywnych (np. tzw. dopalaczy) 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,

[Handwritten signature]

- d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową.
4. W przypadku wystąpienia **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową,
 - b) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających lub psychoaktywnych (np. tzw. dopalaczy) 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 lub leczonych przez lekarza przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony,
 - i) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
5. W przypadku **Trwałego częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową,
 - b) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających lub psychoaktywnych (np. tzw. dopalaczy) za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami Lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony,
 - i) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
6. W przypadku **Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową,
 - b) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających lub psychoaktywnych (np. tzw. dopalaczy) za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami Lekarza,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony w okresie udzielania ochrony.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu **Pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli leczenie związane było z przebywaniem w:
- a) zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub hospicjum,
 - b) domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej,
 - c) ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania,
 - d) ośrodka leczenia uzależnień lekowych lub narkotykowych lub alkoholowych,
 - e) ośrodka zajmującym się usprawnianiem lub rehabilitacją lub rekonwalescencją,
 - f) sanatorium lub uzdrowisku lub Ośrodka wycoczynkowym,
- nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
8. W przypadku **Poważnego zachorowania**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających lub psychoaktywnych (np. tzw. dopalaczy) 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 lub leczonych przez lekarza przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub wypadków zaistniałych przed tym dniem.
9. W przypadku Utraty pracy, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona gdy Utrata pracy nastąpiła wskutek:
- a) rozwiązania stosunku służbowego lub umowy o pracę, gdy bieg wypowiedzenia rozpoczął się przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - b) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego,
 - c) rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a Ubezpieczony otrzymał zawiadomienie o rozwiązaniu stosunku służbowego lub umowy o pracę w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy względem tego Ubezpieczonego,
 - d) rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa polskiego.
10. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w okresie zawieszenia.

ART 17. WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa - w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - b) 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;
 - c) w ostatnim dniu okresu, za jaki została zapłacona Składka przez Ubezpieczającego;
 - d) w dniu rozwiązania Umowy o kartę kredytową lub Umowy kredytu odnawialnego;
 - e) w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z ubezpieczenia;
 - f) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia za jaki została zapłacona Składka przez Ubezpieczającego;
 - g) w dniu 99 urodzin Ubezpieczonego;
 - h) w innych przypadkach wskazanych w Warunkach.
2. Po upływie 3 miesięcy okresu zawieszenia ochrona wygasa bez możliwości jej wznowienia.

ART 18. ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW LUB UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany Warunków w przypadku:
 - a) zmiany przepisów prawa dotyczących obciążeń na rzecz Skarbu Państwa lub instytucji związanych z zabezpieczeniem społecznym;
 - b) zmiany przepisów prawa dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia;
 - c) decyzji lub zaleceń wydanych przez organ nadzoru wiążących Ubezpieczyciela;
 - d) odnotowania ujemnego wyniku technicznego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do doręczenia Ubezpieczającemu, na 60 dni przed planowanym dniem wprowadzenia zmian, nowego tekstu Warunków, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do rozwiązania Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania nowego tekstu Warunków.
3. Zmiany wprowadzonego 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.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w trybie i na warunkach opisanych w niniejszym artykule, strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane poinformować o tym fakcie Ubezpieczonych oraz o terminie wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w art. 4.

ART 19. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

ART 20. 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 udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia w tej samej formie, w jakiej były one złożone lub w innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
3. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Zarządu lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odwołania do Rzecznika Ubezpieczonych lub do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.

ART 21. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART 22. 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 Cardiff 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



Handwritten signature or initials in the bottom right corner.