

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

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców zwane dalej „WU”, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (Polisa nr PKO-BP 01) zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA SA a Powszechną Kasą Oszczędności Bankiem Polskim SA., na mocy której Zakład Ubezpieczeń zobowiązany jest do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
2. Wypłata świadczenia przez Zakład Ubezpieczeń pomniejsza zobowiązania finansowe z tytułu zadłużenia na rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym prowadzonym przez Ubezpieczającego.
3. Użyte w WU określenia oznaczają:
 - 1) Zakład Ubezpieczeń - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA SA z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa,
 - 2) Ubezpieczający – Powszechna Kasa Oszczędności Bank Polski SA, z siedzibą w Warszawie ul. Puławska 15, 02-515 Warszawa,
 - 3) Ubezpieczony - osoba fizyczna będąca Kredytobiorcą lub Współkredytobiorcą, objęta ochroną na warunkach określonych w niniejszych WU, z którą Ubezpieczający zawarł Umowę Kredytu Odnawialnego,
 - 4) Uposażony – osoba, wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do odbioru świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego,
 - 5) Uprawniony – osoba, której w przypadku zgonu Ubezpieczonego wypłacane jest świadczenie równe różnicy między należną kwotą świadczenia a zadłużeniem z tytułu kredytu i odsetek, zgodnie z warunkami Ubezpieczenia,
 - 6) Kredytobiorca/ Współkredytobiorca – osoba fizyczna, która zawarła Umowę Kredytu Odnawialnego z Ubezpieczającym,
 - 7) Kredyt odnawialny – kredyt w rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowym udzielony Kredytobiorcy przez Ubezpieczającego,
 - 8) Umowa Kredytu Odnawialnego – umowa kredytu odnawialnego zawarta przez Ubezpieczającego z Kredytobiorcą,
 - 9) Umowa Ubezpieczenia - Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Kredytu Odnawialnego (Polisa nr PKO-BP 01) zawarta przez Zakład Ubezpieczeń z Ubezpieczającym,
 - 10) zgon - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności, o których mowa w Rozdziale 12 WU,
 - 11) trwała i całkowita niezdolność do pracy - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy lub podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie,
 - 12) czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez Ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim i prawem do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za okres choroby,
 - 13) poważne zachorowanie - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną w ramach Umowy Ubezpieczenia:
 - zawał serca – pierwszy w życiu ubezpieczonego przypadek martwicy części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na łącznym wystąpieniu typowych objawów: bóle klatki piersiowej, świeże zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz znacznie zwiększony poziom enzymów sercowych we krwi,
 - udar mózgu – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte



CARDIF

Mach
[Signature]

świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu,

- niewydolność nerek – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek,
- nowotwór (rak) – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry,
- chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,

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

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

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

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

Rozdział 3. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

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

Rozdział 4. Objęcie ochroną.

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

Rozdział 5. Początek odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń.

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



CARDIF

Miesz
Skuska

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

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

Rozdział 6. Wypowiedzenie i odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia .

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

Rozdział 7. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

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



CARDIF

Moh
Skusman

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

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

Rozdział 8. Składki.

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



CARDIF

Mob
placownik

Rozdział 9. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia

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



CARDIF

Wład
Kuczał

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

Rozdział 10. Obowiązki Ubezpieczonego.

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

Rozdział 11. Wygaśnięcie odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń.

Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń wygasa w stosunku do każdego Ubezpieczonego:

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

Rozdział 12. Wyłączenia odpowiedzialności.

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

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



CARDIF

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

Rozdział 13. Przedawnienie roszczeń.

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

Rozdział 14. Postanowienia końcowe.

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



CARDIF

Marek
Alimura