



BNP PARIBAS



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE FBP/CASH/2013, zwane dalej „SWU/01”

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców oznaczone indeksem FBP/CASH/2013 stanowią integralną część (Umowy Ubezpieczenia), tj.:

- Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (POLISA NR FBP/11 life) zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a BNP Paribas Bank Polska SA (dawniej Fortis Bank Polska SA),
- Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (POLISA NR FBP/11) zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a BNP Paribas Bank Polska SA (dawniej Fortis Bank Polska SA).

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie FBP/CASH/2013 (dalej: SWU/01) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) ubezpieczyciel – w przypadku ryzyka zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy, pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., a w przypadku ryzyka utraty pracy - Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce,
- 2) ubezpieczający – Kredytodawca – BNP Paribas Bank Polska SA,
- 3) ubezpieczony – osoba, będąca kredytobiorcą lub współkredytobiorcą, która wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową i która podpisała z ubezpieczającym umowę kredytową,
- 4) uposażony – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia w razie zgonu ubezpieczonego,
- 5) uprawniony – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego,
- 6) kredyt - kredyt gotówkowy (w tym kredyt konsolidacyjny, kredyt restrukturyzowany zabezpieczony hipoteką oraz kredyt restrukturyzowany niezabezpieczony) udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy,
- 7) kredytobiorca - osoba, która podpisała umowę kredytową z ubezpieczającym (kredytobiorca, współkredytobiorca),
- 8) umowa kredytowa - umowa o udzielenie kredytu, zawarta między Ubezpieczającym a Kredytobiorcą,
- 9) wiek – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia kredytobiorcy,
- 10) zgon - śmierć ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszych SWU/01,
- 11) trwała i całkowita niezdolność do pracy – stan niesprawności ubezpieczonego, uniemożliwiający wykonywanie ubezpieczonemu jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU/01;
- 12) 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 na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze 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, pszczelnarskiej lub rybnej);
- 13) czasowa niezdolność do pracy – niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim,
- 14) utrata pracy – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego,
- 15) pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały i nieprzerwany pobyt

ubezpieczonego w szpitalu będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 30 dni, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia ubezpieczonego,

- 16) szpital – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. W rozumieniu niniejszych Warunków szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domów opieki pielęgniarstwa, hospicjów, ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, szpitali sanatoryjnych,
- 17) dzień pobytu w szpitalu – każdy ukończony dzień kalendarzowy pobytu ubezpieczonego w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się okres liczony od przyjęcia ubezpieczonego do szpitala do końca dnia, tj.: do godz. 24:00,
- 18) data utraty pracy – dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego,
- 19) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego zdarzenie, spowodowane czynnikiem działającym z zewnątrz, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- 20) deklaracja zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową – oświadczenie kredytobiorcy zawarte we wniosku kredytowym, w umowie kredytowej lub stanowiącej odrębny dokument, potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia,
- 21) prolongata – oznacza zawieszenie rat kapitałowych lub spłaty kapitału z ewentualnym przedłużeniem okresu spłacania kredytu (zgodnie z warunkami udzielania kredytu ustalonymi przez BNP Paribas Bank Polska SA),
- 22) wakacje kredytowe – oznaczają możliwość zawieszenia spłacania danej raty kredytu lub kilku rat kredytu z ewentualnym przedłużeniem okresu spłacania kredytu (zgodnie z warunkami udzielania kredytu ustalonymi przez BNP Paribas Bank Polska SA)

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych, ryzyko utraty przez ubezpieczonego pracy świadczonej na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego.

2. W zależności od opcji ubezpieczenia ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie:

- a) **PAKIET A:** zgonu ubezpieczonego;
- b) **PAKIET B:** zgonu ubezpieczonego lub jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz w zależności od źródła dochodu ubezpieczonego:
 - i) **czasowej niezdolności do pracy** – w przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę zawartej na czas określony (krótszy niż czas na jaki udzielony został kredyt) lub z tytułu stosunku służbowego zawartego na czas określony (krótszy niż czas na jaki udzielony został kredyt) zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, przy czym równy lub dłuższy niż dany okres ubezpieczenia, albo
 - ii) **utraty pracy** – w przypadku, gdy ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony (nie krótszy niż czas na jaki udzielony został kredyt) lub z tytułu stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony lub określony (nie krótszy niż czas na jaki udzielony został kredyt) albo

- iii) **pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**, który miał miejsce w czasie udzielania ochrony ubezpieczeniowej temu ubezpieczonemu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu nastąpił przed upływem 180 dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku – w przypadku, gdy ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu czasowej niezdolności do pracy ani z tytułu utraty pracy;
- c) **PAKIET C**: zgonu ubezpieczonego.
3. W przypadku, gdy ubezpieczyciel wypłaci świadczenia miesięczne z tytułu czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego lub z tytułu utraty pracy w łącznej liczbie wskazanej w Rozdziale 6 ust. 7 lub ust. 12 niniejszych SWU/01 (odpowiednio), ubezpieczonemu niezależnie od aktualnego źródła dochodu, do końca danego okresu ubezpieczenia udzielana jest ochrona na wypadek pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, w ramach zakresu ochrony wskazanego w Rozdziale 2 ust.2 niniejszych SWU/01.
4. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 niniejszego Rozdziału odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych SWU/01 świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6 niniejszych SWU/01.

Rozdział 3. Objęcie kredytobiorców ochroną ubezpieczeniową.

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty kredytobiorca:
- który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu (wraz z okresem na który zawarto umowę kredytu) 75 roku życia,
 - którego kwota kredytu nie przekracza:
 - w Pakiecie A - 100.000 PLN,
 - w Pakiecie B - 50.000 PLN,
 - w Pakiecie C - 50.000 PLN.
2. Warunkiem objęcia ochroną kredytobiorcy, o którym mowa w ust.1 niniejszego Rozdziału jest, aby kredytobiorca wyraził zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową.

Rozdział 4. Początek odpowiedzialności ubezpieczyciela.

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3 z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela względem ubezpieczonego rozpoczyna się:
- w dniu podpisania przez tę osobę umowy kredytowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po dniu podpisania przez tę osobę umowy kredytowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy lub utraty pracy.

Rozdział 5. Rezygnacja kredytobiorcy z ochrony ubezpieczeniowej w trakcie trwania ubezpieczenia.

1. Ubezpieczony, może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. W przypadku, gdy kredytobiorca złożył pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy kredytu będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
3. Skuteczne odstąpienie od umowy kredytu jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
4. Rezygnację uznaje się za skuteczną z:
- ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (dla rezygnacji złożonych do 15 dnia danego miesiąca kalendarzowego),
 - ostatnim dniem następnego miesiąca, następującego po miesiącu w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia (dla rezygnacji złożonych po 15 dniu danego miesiąca kalendarzowego).
5. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej (zapłaconą składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej).

Rozdział 6. Sumy ubezpieczenia - wysokość świadczeń.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy kredytobiorcy w poszczególnym dniu trwania umowy kredytowej równa jest kapitałowi kredytu, łącznie z kapitałem skredytowanej składki ubezpieczeniowej, pozostającemu do spłaty w tym dniu, przy czym nie więcej niż 100.000 złotych w Pakiecie A oraz 50.000 złotych w Pakiecie B i Pakiecie C.
2. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej umowy kredytowej objętych zostało więcej kredytobiorców niż jeden, suma ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy kredytowej.
3. W przypadku zgonu ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której

wysokość określona jest w ust. 1 niniejszego Rozdziału z zastrzeżeniem postanowień ust.2 niniejszego Rozdziału.

4. W razie uznania ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 niniejszego Rozdziału na dzień, w którym wydane zostało orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Ubezpieczyciel nie ponosi jednak odpowiedzialności, jeżeli w pierwszym dniu niezdolności do pracy ubezpieczony nie prowadził działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
5. Pierwsze świadczenie ubezpieczyciela w przypadku czasowej niezdolności do pracy równe jest, kwocie jednej raty kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytowej, jaka przypadła do zapłaty w czasie tych 90 dni nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy.
6. Kolejne świadczenie ubezpieczyciel wypłaci po każdym kolejnych 30 dniach czasowej niezdolności do pracy, w wysokości raty kredytu, która przypadła do spłaty w czasie każdego 30 dni czasowej niezdolności do pracy.
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci więcej niż 12 świadczeń równych ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 1.000 zł.
8. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 5 niniejszego Rozdziału, przestaje być należne począwszy od:
- 1) dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) ostatniego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
9. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpił przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 6 niniejszego Rozdziału, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
10. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpił po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, zgodnie z postanowieniami ust. 5 niniejszego Rozdziału.
11. Pierwsze świadczenie ubezpieczyciel w razie utraty pracy wypłacane jest, po 90 dniach od dnia utraty pracy za które ubezpieczony pobrał zasiłek dla bezrobotnych, w kwocie jednej raty kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytowej, przypadającej do zapłaty w czasie tych 90 dni, natomiast każde kolejne świadczenie ubezpieczyciel wypłaci po każdym kolejnych 30 dniach pozostawania ubezpieczonego bez pracy, każdorazowo w kwocie jednej raty kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytowej, przypadającej do zapłaty w czasie każdego 30 dni, za które ubezpieczony pobrał zasiłek dla bezrobotnych.
12. Ubezpieczyciel nie wypłaci więcej niż 12 świadczeń równych ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (przypadków utraty pracy) w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 1.000 zł.
13. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 11 niniejszego Rozdziału, przestaje być należne począwszy od:
- 1) ostatniego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 2) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia.
14. Świadczenie ubezpieczyciela w przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku trwającego 30 dni, równe jest kwocie jednej raty kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytowej, jaka przypada do zapłaty w czasie każdego 30 dni nieprzerwanego pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Świadczenie wypłacane jest w terminach określonych w harmonogramie spłat kredytu.
15. Ubezpieczyciel nie wypłaci więcej niż 12 świadczeń równych ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku) w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 1.000 zł.
16. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 14 niniejszego Rozdziału, przestaje być należne począwszy od:
- ostatniego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 75 lat,
 - pierwszego dnia po zakończeniu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
17. W przypadku prolongaty lub wakacji kredytowych odpowiedzialność Ubezpieczyciela trwa do ostatniego dnia okresu kredytowania, z uwzględnieniem wydłużenia umowy kredytu na skutek prolongaty lub wakacji kredytowych.

Rozdział 7. Składki.

1. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opaczeniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki z uwagi na fakt, iż ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości.
2. Jeżeli składka za określonego ubezpieczonego nie została zapłacona w terminie 30 dni, od dnia wskazanego w Umowie Ubezpieczenia, odpowiedzialność ubezpieczyciela względem tego ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem 30 dnia od terminu wymagalności składki, jeżeli ubezpieczyciel wezwał ubezpieczającego do zapłacenia składki w wyznaczonym przez ubezpieczyciela terminie, a termin ten nie został dotrzymany.

Rozdział 8. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela wypłacane są osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami ubezpieczony lub osoba uposażona lub uprawniona do odbioru świadczenia zobowiązana jest zgłosić do ubezpieczyciela po powzięciu informacji o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, zależnie od tytułu, z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, to jest:

1) w przypadku zgonu:

- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
- c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
- d) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, dokument zawierający deklarację zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową tj. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia (lub oryginał) umowy kredytu lub wniosku kredytowego oraz w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący 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),

2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:

- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU/01,
- c) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, dokument zawierający deklarację zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową tj. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia (lub oryginał) umowy kredytu lub wniosku kredytowego oraz w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący 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),

3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:

- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
- c) zaświadczenie o źródle dochodów w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- d) dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,
- e) informacja pracodawcy (wysyłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
- f) każdorazowo przed wypłatą świadczenia miesięcznego - zwolnienie lekarskie oraz dowód pobrania zasiłku chorobowego ZUS za okres obejmujący płatność raty,
- g) harmonogram spłat kredytu,
- h) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, dokument zawierający deklarację zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową tj. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia (lub oryginał) umowy kredytu lub wniosku kredytowego oraz w przypadku czasowej niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący 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),

4) w przypadku utraty pracy:

- każdorazowo po utracie pracy:
- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,

- b) kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego,
- c) kopia świadectwa pracy,
- d) dokument potwierdzający zatrudnienie na czas nieokreślony lub określony (nie krótszy niż czas na jaki udzielony został kredyt),
- e) zaświadczenie o statusie bezrobotnego,
- f) informacja o kwocie ostatniej raty, której termin płatności upłynął przed datą utraty pracy,
- g) zaświadczenie o źródle dochodów w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- h) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych, obejmujący okres, w którym przypada płatność raty,
- i) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokument zawierający deklarację zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową tj. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia (lub oryginał) umowy kredytu lub wniosku kredytowego, harmonogram spłat kredytu).

5) w przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku:

- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- c) dokument opisujący 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),
- d) dokument wskazujący źródło dochodu uzyskiwane przez ubezpieczonego,
- e) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego - dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- f) harmonogram spłat kredytu,
- g) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela (w tym tłumaczenia przez tłumacza przysięgłego dokumentacji medycznej w przypadku pobytu w szpitalu zlokalizowanym poza terytorium RP), niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna, dokument zawierający deklarację zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową tj. potwierdzona za zgodność z oryginałem kopia (lub oryginał) umowy kredytu lub wniosku kredytowego).

4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie, na piśmie, w terminie trzydziestu dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczeń, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.

Rozdział 9. 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 próby ubezpieczyciela poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb prawnych lub związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
2. Udzielenie przez ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 10. Wygaśnięcie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 75 lat,
- 2) w przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w Rozdziale 7 ust. 2 niniejszych SWU/01,
- 3) w dniu wygaśnięcia umowy kredytowej,
- 4) w dniu zgonu ubezpieczonego lub wystąpienia u ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (o ile ubezpieczony jest jedynym kredytobiorcą),
- 5) w ostatnim dniu miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 65 lat - w przypadku utraty pracy oraz czasowej niezdolności do pracy.

2. Dodatkowo odpowiedzialność ubezpieczyciela wygasa:

- 1) jeżeli termin spłaty kredytu danego kredytobiorcy zostaje odroczone lub wydłużony (Prolongata kredytu i/ albo Wakacje kredytowe), odpowiedzialność ubezpieczyciela trwa do dnia całkowitej spłaty kredytu, nie dłużej jednak niż:
 - a) przez sześć miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - b) ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczającego może przedłużyć okres ubezpieczenia do maksymalnie dwunastu miesięcy licząc od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - c) ubezpieczyciel na wniosek ubezpieczającego może przedłużyć okres ubezpieczenia do maksymalnie osiemnastu miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu w przypadku zawieszenia spłaty kredytu zgodnie z art.131 Ustawy z dnia 21.11.1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 1992r., Nr 4, poz.16).

- 2) w dniu całkowitej spłaty kredytu (wcześniejsza spłata), jeżeli kredyt zostaje spłacony całkowicie przed terminem przewidzianym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
- 3) w dniu, w którym rezygnację uznaje się za skuteczną (w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia), na warunkach wskazanych w Rozdziale 5 niniejszych SWU/01,
- 4) w dniu, w którym suma kredytu pozostająca do spłaty staje się wymagalna zgodnie z postanowieniami umowy kredytowej w związku z niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem przez ubezpieczonego obowiązków wynikających z umowy kredytowej, z pominięciem ubezpieczeń, za które wpłacona została składka jednorazowa

Rozdział 11. Wyłączenia odpowiedzialności.

1. W przypadku **zgonu** ubezpieczonego, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zgon ubezpieczonego został spowodowany lub zaszedł wskutek:

- 1) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 2) prowadzenia przez ubezpieczonego jakiegokolwiek pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych substancji odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
- 3) udziału ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 4) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- 5) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych i leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 6) usiłowania lub popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
- 7) posługiwania się wszelkiego rodzaju petardami, ogniami sztucznymi lub innymi materiałami wybuchowymi.

2. W przypadku **czasowej niezdolności do pracy, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli czasowa niezdolność do pracy lub trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:

- 1) usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
- 2) pozostawiania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
- 3) czynnego i dobrowolnego udziału ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 4) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- 5) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio, rozpoznanych i leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 6) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia ubezpieczonego w celu jego ratowania;
- 7) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu;
- 8) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych;
- 9) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
- 10) samookałeczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 11) poddania się przez ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony;

12) posługiwania się wszelkiego rodzaju petardami, ogniami sztucznymi lub innymi materiałami wybuchowymi.

3. W przypadku **utrąty pracy**, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:

- 1) ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę ze wskazanym dniem sporządzenia tego wypowiedzenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową lub w okresie pierwszych 30 dni ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego przez ubezpieczonego;
- 3) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
- 4) zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
- 5) wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas określony, w tym na okres próby.

4. W przypadku **pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpił wskutek:

- 1) usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa;
- 2) pozostawiania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
- 3) czynnego i dobrowolnego udziału ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub w aktach przemocy, chyba, że jego udział wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
- 4) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
- 5) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio, rozpoznanych i leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
- 6) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia ubezpieczonego w celu jego ratowania;
- 7) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
- 8) samookałeczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
- 9) posługiwania się wszelkiego rodzaju petardami, ogniami sztucznymi lub innymi materiałami wybuchowymi.

Rozdział 12. 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 było ono 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 ubezpieczyciela.

Rozdział 13. Sąd właściwy i rozstrzygnięcie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU/01, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.

2. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą być wytoczone przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby wnoszącego roszczenie.

Rozdział 14. 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 zmienne w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.