

**WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW
(INDEKS UK02/CET)**

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze warunki ubezpieczenia zwane dalej „WU” mają zastosowanie w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Polisa nr CET/02, zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA S.A. z Cetelem Bank SA, na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania kredytobiorcy. Wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczającego zwalnia ubezpieczonych albo ich spadkobierców z obowiązku spłaty ciążących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zaciągniętego kredytu w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.
2. Użyte w niniejszych WU określenia oznaczają:
 - 1) Ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF POLSKA S.A.;
 - 2) ubezpieczający - Cetelem Bank 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, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu ubezpieczonego;
 - 5) uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego;
 - 6) kredytobiorca – osoba, która podpisała umowę kredytową z ubezpieczającym;
 - 7) kredyt - kredyt udzielany ubezpieczonemu na podstawie umowy kredytowej;
 - 8) umowa kredytowa – umowa o kredyt odnawialny oraz umowa o kartę płatniczą lub Umowa o kredyt konsumpcyjny oraz o kredyt odnawialny i kartę płatniczą;
 - 9) zgon - śmierć ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń z rozdziału 12 niniejszych WU;
 - 10) trwała i całkowita niezdolność do pracy - stan niesprawności uniemożliwiający ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji, wymagający stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, potwierdzony orzeczeniem wydanym przez lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej na okres dłuższy niż 5 lat, z zastrzeżeniem, że orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu;
 - 11) czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim;
 - 12) poważne zachorowanie - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy:
 - 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 – nagle, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte 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,

U

Ac

Uwaga

- chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
- 13) nieszczęśliwy wypadek – oznacza zdarzenie powstałe niezależnie od jakiegokolwiek fizycznego i psychicznego schorzenia, wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
 - 14) wiek – liczba ukończonych pełnych lat życia;
 - 15) deklaracja zgody na objęcie ochroną – oświadczenie osoby, która zostanie kredytobiorcą zawarte we wniosku kredytowym oraz w umowie kredytowej.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych.
2. W zależności od opcji zakresu ochrony wybranej przez ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 - 1) zgonu ubezpieczonego,
 - 2) trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego,
 - 3) czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego - w odniesieniu do kredytobiorców, którzy w dniu podpisania deklaracji zgody na objęcie ochroną byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony lub prowadzili własną działalność gospodarczą,
 - 4) poważnego zachorowania ubezpieczonego - w odniesieniu do kredytobiorców, którzy w dniu podpisania deklaracji zgody na objęcie ochroną uzyskiwali dochód z tytułu emerytury, renty lub innych źródeł niewymienionych w punkcie 3) niniejszego Rozdziału.
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień WU, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7.

Rozdział 3. Zawarcie umowy ubezpieczenia.

1. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia - polisy. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Warunki Ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

Rozdział 4. Objęcie kredytobiorców ochroną ubezpieczeniową.

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty kredytobiorca, mający miejsce zamieszkania w Polsce, w stosunku do którego po zsumowaniu: wiek w dniu objęcia ochroną i okres kredytowania nie przekraczają 75 lat, a nadto spełniająca warunki określone w ust. 2.
2. Warunkiem objęcia ochroną kredytobiorcy, o którym mowa w ust.1 jest, aby kredytobiorca wyraził zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na dostarczonym mu formularzu - Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową.

Rozdział 5. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie ubezpieczonego ochroną Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4 oraz po zaplaceniu składki za ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego rozdziału.
2. Objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową potwierdzone jest umieszczeniem przez Ubezpieczyciela numeru modułu umowy kredytowej zawartej z ubezpieczającym na liście umów kredytowych osób objętych ubezpieczeniem.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu podpisania przez ubezpieczonego umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli nastąpiły one wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) trzydziestego dnia po dniu podpisania przez ubezpieczonego umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, jeżeli nastąpiły one z przyczyn innych niż nieszczęśliwy wypadek,
 - 3) dziewięćdziesiątego dnia po dniu podpisania przez ubezpieczonego umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy,

Handwritten signature

Handwritten mark

Handwritten signature

- 4) dziewięćdziesiątego dnia po dniu podpisania przez ubezpieczonego umowy kredytowej w przypadku ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Rozdział 6. Wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia.

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w formie listu poleconego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy 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 Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej,
 - 2) ze zwracanej składki Ubezpieczyciel potrąca koszty manipulacyjne w wysokości 15%.
4. 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 dni od terminu płatności składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio pisemnie wezwał ubezpieczającego do zapłacenia składki w wyznaczonym w wezwaniu terminie.
5. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego nie może dotyczyć ubezpieczonych, wobec których odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa zgodnie z postanowieniami Rozdziału 11.

Rozdział 7. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

1. W przypadku zgonu ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust.4, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. W razie uznania ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, sumie ubezpieczenia na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 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.
3. Świadczenie Ubezpieczyciela w przypadku czasowej niezdolności do pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, kwocie rat kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po 90 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy. Świadczenie wypłacane jest w terminach określonych w harmonogramie spłat kredytu.
4. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust.3, nie może przekroczyć 6-krotności raty kredytu, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
5. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust.3, przestaje być wypłacane 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 75 lat,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
6. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 3, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
7. Jeżeli nawrót 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 Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczeń, o których mowa w ust. 3, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 60 kolejnych dni kolejnej niezdolności do pracy.
8. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca jednorazowo świadczenie równe 6-krotnej wysokości raty kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnej z tytułu zawartej przez

me

U w w e h

ubezpieczonego umowy kredytu, której termin płatności upłynął przed datą rozpoznania u ubezpieczonego poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4.

Rozdział 8. Składki.

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w wysokości i terminach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy nastąpi zmiana przepisów prawa dotyczących obciążeń na rzecz Skarbu Państwa lub instytucji związanych z zabezpieczeniem społecznym, dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo do proporcjonalnej zmiany taryfy. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do poinformowania ubezpieczającego na 30 dni przed datą wprowadzenia zmiany taryfy, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa ubezpieczającego do odstąpienia od umowy w terminie 14 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zmianie taryfy.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych ubezpieczonych, za których w całości została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za okres udzielanej ochrony poprzedzający zdarzenie.
4. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki.

Rozdział 9. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wypłacane są uposażonemu lub uprawnionemu do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia wraz z odpowiednimi dokumentami uposażony lub uprawniony do odbioru świadczenia zobowiązany jest zgłosić Ubezpieczycielowi niezwłocznie 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 wypłatę świadczenia,
 - b) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (kartę zgonu),
 - d) deklaracja zgody na objęcie ochroną,
 - e) Informacja o saldzie zadłużenia w dniu zgonu,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
 - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - c) deklaracja zgody na objęcie ochroną,
 - d) Informacja o saldzie zadłużenia w dniu orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - 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) deklaracja zgody na objęcie ochroną,
 - h) harmonogram spłat kredytu,
 - i) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 4) w przypadku poważnego zachorowania:
- a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o źródle dochodów w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - d) harmonogram spłat kredytu,
 - e) deklaracja zgody na objęcie ochroną,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
4. Gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciela spełni w terminie, o którym mowa w ust. 3.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie trzydziestu dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczenia oraz wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).



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 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 11. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:

- 1) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
- 2) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
- 3) jeżeli termin spłaty kredytu danego kredytobiorcy zostaje odroczony, 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 przedłuży 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 1992, Nr 4, poz 16).
- 4) w dniu całkowitej spłaty kredytu, jeżeli kredyt zostaje spłacony całkowicie przed terminem przewidzianym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,

Handwritten signatures and initials:


 Ubezpieczyciel

- 5) 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,
- 6) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w Rozdziale 6 ust.5,
- 7) w dniu zgonu ubezpieczonego lub wystąpienia u ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
- 8) w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego.

Rozdział 12. Wyłączenia odpowiedzialności.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela 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 danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
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 lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
4. Eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
5. Następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
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 tytułu ubezpieczenia ulegają przedawnieniom z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ubezpieczeniem.

Rozdział 14. Tryb i warunki zmiany umowy ubezpieczenia.

1. Umowa Ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony może zostać z ważnych przyczyn zmieniona przez Ubezpieczyciela po uprzednim powiadomieniu ubezpieczającego listem poleconym w terminie jednego miesiąca przed planowaną zmianą Umowy Ubezpieczenia. W tym samym terminie Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy dotychczasowej oraz zmienionymi warunkami Umowy Ubezpieczenia.

2. W przypadku sprzeciwu Ubezpieczającego na proponowane warunki Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający zachowuje prawo do wypowiedzenia Umowy, w terminie 14 dni od doręczenia powiadomienia Ubezpieczyciela o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia.
3. Za ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, Strony uznają zmianę lub wprowadzenie nowych przepisów prawa.

Rozdział 15. Postanowienia końcowe.

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych Warunków Ubezpieczenia.
2. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres: TUnŻ Cardif Polska S.A., Ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa
3. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uprawnionego, uposażonego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
4. 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, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych warunkach mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Pracy i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.