

Załącznik A.3. Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców

Załącznik A.3.1. Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_1.0/2015 - (kredyt gotówkowy standardowy)



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_1.0/2015

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców, oznaczone indeksem MERITUM/CASHCPI_5_1.0/2015, stosuje się do Umów ubezpieczenia, tj.:

- Umów Ubezpieczenia Grupowego zawartych pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającymi,
- Umów Ubezpieczenia Grupowego zawartych pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającymi, zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia”.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_1.0/2015 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent ubezpieczeniowy** - Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna, z siedzibą w Gdańsku, przy ul Piastowskiej 7, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność wykonywania pracy przez Ubezpieczonego stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca z tej samej przyczyny (chorobowej lub wypadkowej) nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- 4) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – wyrażone w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;
- 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej Deklaracji ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego;
- 6) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego wypełnionej i podpisanej Deklaracji ubezpieczeniowej,;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - c) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - d) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Okresu ubezpieczenia), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - e) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - f) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych SWU;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 8) **Kredyt** – kredyt udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy (tj. kredyt gotówkowy lub kredyt gotówkowy przeznaczony częściowo na spłatę zobowiązań finansowych);
- 9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
- 10) **Kredytodawca (Bank)** – Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
- 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, wskazany w Deklaracji ubezpieczeniowej, równy:
 - a) okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu - w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi do 24 miesięcy,

- b) 24 miesiącom lub okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 25 miesięcy do 36 miesięcy,
- c) 24 lub 36 miesiącom – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 37 miesięcy do 144 miesięcy.
- Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej a kończy z dniem wskazanym w Deklaracji ubezpieczeniowej.
- 14) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby 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 (t.j.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
- 15) **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;
- 16) **Pierwotny harmonogram spłat** – dokument wystawiony przez Bank, sporządzony w dniu zawarcia Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat kredytu;
- 17) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 5 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 18) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- 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 stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) 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 IA (Stage IA) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomiokomórkowy 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;
 - zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - 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 niedokrwienno-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;
 - 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;
 - 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 laserowej;
 - przeszczep narządu** – 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;
- 19) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzetworzonej części kapitału;
- 20) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmująca kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia;
- 21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 22) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;

[Handwritten mark]

[Handwritten signature]

- 23) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 24) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
- 25) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 26) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU;
- 27) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 28) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową w Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 29) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU, tj. odpowiednio:
 - a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub,
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 30) **Umowa kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 31) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym;
- 32) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określone w niniejszych SWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego; **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określone w niniejszych SWU, uprawnione do otrzymania świadczenia w przypadku zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
- 34) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Okresu ubezpieczenia), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 35) **Wcześniejsza całkowita spłata Kredytu** - spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat;
- 36) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia;
- 37) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione w niniejszych SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
- 38) **Zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia zależy od wybranego przez Ubezpieczonego pakietu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia w zależności od pakietu obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszyły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Pakiet 1**
 - a) **Zgon,**
 - b) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - c) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
 - 2) **Pakiet 2**
 - a) **Zgon,**
 - b) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - c) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, oraz**
 - d) **jedno z niżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:**
 - **Czasowa niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym przed datą zakończenia Okresu ubezpieczenia, albo
 - **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Okresu ubezpieczenia, albo
 - **Poważne zachorowanie** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
4. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba wskazana przez Ubezpieczającego, która ukończyła 18 rok życia i której Wiek łącznie z okresem na jaki została zawarta Umowa kredytu nie przekroczy 75 lat.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową;
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu w wysokości nieprzekraczającej 250 000 PLN, z zastrzeżeniem iż (łącznie) suma udzielonych kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem, nie może przekroczyć 500 000 PLN.
3. W przypadku, gdy jedną Umowę kredytu zawarło kilku Kredytobiorców, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie osoby, chyba, że któryś z Kredytobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i ust. 2 niniejszego Artykułu.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:

[Handwritten signatures and initials]

- a) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy;
 - c) sześćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy;
 - d) dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
 3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w dniu wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - c) w dniu wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania;
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - e) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy;
 - f) w przypadku złożenia rezygnacji przez Ubezpieczonego - w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z Art. 5;
 - g) z upływem Okresu ubezpieczenia określonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, trwającego maksymalnie 36 miesięcy
 - h) w przypadku nie opłacenia w terminie Składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego;
 - i) z dniem Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził w Deklaracji ubezpieczeniowej zgody na kontynuowanie Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu.
 4. W przypadku, gdy Kredytobiorca złożył rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
 5. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
 6. Odstąpienie jednego z Kredytobiorców od danej Umowy kredytu powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej wobec tego Kredytobiorcy, jednak pozostali Kredytobiorcy nadal są ubezpieczeni na zasadach niniejszych SWU. Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie na pozostałych Ubezpieczonych.
 7. W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony wyraził w Deklaracji ubezpieczeniowej zgodę na kontynuowanie Ochrony ubezpieczeniowej, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca Okresu ubezpieczenia.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Agent ubezpieczeniowy otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej,
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki ubezpieczeniowej na zasadach określonych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

ART 7. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych SWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przyjęcie do ubezpieczenia.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony składa w formie pisemnej na udostępnionym przez Ubezpieczającego formularzu.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (albo inna osoba występująca z roszczeniem) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od daty objęcia Ochroną ubezpieczeniową, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, na zasadach wskazanych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i naliczana jest od wysokości początkowej kwoty Kredytu.
3. W przypadku ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, gdy Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, o której mowa w Artykule 10 niniejszych SWU, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, część Składki odpowiadającą niewykorzystanemu Okresowi ubezpieczenia, obliczoną według poniższego wzoru:

[Handwritten signature and initials]

$$Z_1 = S \times p \times \frac{(n-k) \times (n-k+1)}{n \times (n+1)}$$

Gdzie:

Z_1 – składka do zwrotu z części ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania

S – kwota pierwotnie zapłaconej Składki

p - % zapłaconej Składki, przypadający na ryzyko Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, w zależności od Pakietu i Okresu ubezpieczenia (dla Pakietu 1: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 99%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 100%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 36 miesięcy – 100%; dla Pakietu 2: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 97%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 98%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 36 miesięcy – 98%, wartości procentowe podane są w zaokrągleniu do liczby całkowitej)

n – pierwotna długość Okresu ubezpieczenia w miesiącach

k – liczba faktycznie wykorzystanych miesięcy Okresu ubezpieczenia

Wyliczenie zwrotu Składki dotyczy ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania (w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter nieliniowy i jest większe na początku Okresu ubezpieczenia, kiedy Kredyt nie jest jeszcze spłacony i odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy większej kwoty). Zastosowanie zasady zwrotu Składki według powyższego wzoru wynika z konieczności zróżnicowania kosztów świadczonej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. Ochrony ubezpieczeniowej w trakcie jej trwania. Na początku Okresu ubezpieczenia koszty świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej są najwyższe, ponieważ kwota, którą Ubezpieczyciel musiałby wypłacić w przypadku uznania roszczenia bądź roszczeń, jest największa. Na przykład; (i) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po upływie jednej trzeciej Okresu ubezpieczenia zwrócone zostanie ok. 45% Składki dla ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, (ii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej w połowie Okresu ubezpieczenia zwrócone zostanie ok. 25% Składki dla ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, (iii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich Okresu ubezpieczenia, zwrócone zostanie ok. 11% Składki dla ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania.

4. W przypadku ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy, gdy Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłaconą Składka i jednocześnie Świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, o której mowa w Artykule 10 niniejszych SWU, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, część Składki odpowiadającą niewykorzystanemu Okresowi ubezpieczenia, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z_2 = S \times q \times \frac{(n-k)}{n}$$

Gdzie:

Z_2 – składka do zwrotu z części ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy.

S – kwota pierwotnie zapłaconej Składki

q - % zapłaconej Składki przypadający na ryzyko Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyko Utraty pracy, w zależności od Pakietu i Okresu ubezpieczenia (dla Pakietu 1: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 1%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 0%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 36 miesięcy – 0%; dla Pakietu 2: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 3%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 2%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 36 miesięcy – 2%; wartości procentowe podane są w zaokrągleniu do liczby całkowitej)

n – pierwotna długość Okresu ubezpieczenia w miesiącach

k – liczba faktycznie wykorzystanych miesięcy Okresu ubezpieczenia

Wyliczenie zwrotu Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy (w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter liniowy, ponieważ Ochrona ubezpieczeniowa jest rozłożona proporcjonalnie do Okresu ubezpieczenia). Skutkiem zastosowania zasady zwrotu Składki według powyższego wzoru jest przypisanie równej części Składki w całym Okresie ubezpieczenia, w czasie którego Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce świadczy Ochronę ubezpieczeniową. Na przykład: (i) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po jednej trzeciej Okresu ubezpieczenia, zwrócone zostanie dwie trzecie Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy, (ii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej w połowie Okresu ubezpieczenia zwrócona zostanie jedna druga Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy, (iii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich Okresu ubezpieczenia, zwrócona zostanie jedna trzecia Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy.

5. łączny zwrot składki wyniesie:

$$Z = Z_1 + Z_2$$

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania równa jest Saldu zadłużenia aktualnemu na Dzień zajścia Zdarzenia, a w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu - Saldu zadłużenia, które przypadatoby na Dzień zajścia Zdarzenia zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku równa jest wartości 6-ciu kolejnych Rat kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.

3. Suma ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy lub Utraty pracy** równa jest wartości 6-ciu kolejnych Rat kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.
4. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu Ubezpieczonego, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Artykule 10 ust. 1 z zastrzeżeniem Artykułu. 10 ust. 4 niniejszych SWU.
2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenia ubezpieczeniowe po 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach z zastrzeżeniem Art. 4 ust 1c.
3. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 2 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal jest Czasowo niezdolny do pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy.
4. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia ubezpieczeniowego, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń ubezpieczeniowych (w wysokości określonej w ust. 3) po każdym 30 kolejnych dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 3 niniejszego Artykułu.
5. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia ubezpieczeniowego po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń ubezpieczeniowych na zasadach wskazanych w ust. 3 niniejszego Artykułu.
6. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Czasowych niezdolności do pracy) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6 150 PLN.
7. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
8. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 7 niniejszego Artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
9. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (przypadków Utraty pracy) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 6 150 PLN.
10. W przypadku pierwszego **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego (trwającego nieprzerwanie 5 dni), Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 5 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
11. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 10 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
12. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Pobytów w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6 150 PLN.

ART 12. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego Artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczane przez tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego Formularza Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą Zdarzenie ubezpieczeniowe, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego oraz wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
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 Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie ubezpieczeniowe, z zachowaniem terminów wskazanych 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, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie ubezpieczeniowe przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez Bank: Deklaracji ubezpieczeniowej, informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego; a także przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub

[Handwritten signature and initials]

pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego Artykułu:

a) w przypadku **Zgonu**:

- odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
- dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

b) w przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** poza dokumentami określonymi w ust a), dodatkowo:

- 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);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

c) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:

- odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU;
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (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;

d) w przypadku **Poważnego zachorowania**:

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań,
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

e) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
- dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
- zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia,
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub 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)),
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

f) w przypadku **Utraty pracy**:

- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę),
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego,

g) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- 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);
- 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 ubezpieczeniowego w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca Zdarzenie ubezpieczeniowe jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie następujące dokumenty:

a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:

- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
- dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
- dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy,

b) w przypadku **Utraty pracy**:

- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu,

c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

ART 13. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytem w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Czasowej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:

- a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, lub próbą samobójstwa,
- 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 nie związanych z aktywnością zawodową),
 - d) następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na wypadek Zdarzenia ubezpieczeniowego będącego podstawą do zgłoszenia roszczenia,
 - e) 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, któremu uległ Ubezpieczony,
 - f) umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
3. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
- a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę 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 porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
 - c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte;
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub w okresie pierwszych 30 dni od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

ART 14. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

ART 15. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ

- 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 odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
- 5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odwołania do Rzecznika Ubezpieczonych lub do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- 6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ART 16. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

- 1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU 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, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART 17. 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.

ART 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_1.0/2015 wchodzi w życie z dniem 01 kwietnia 2015.

Załącznik A.3.2. Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_2.0/2015 - (kredyt gotówkowy niestandardowy)



**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW
o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_2.0/2015**

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców, oznaczone indeksem MERITUM/CASHCPI_5_2.0/2015, stosuje się do Umów ubezpieczenia, tj.:

- Umów Ubezpieczenia Grupowego zawartych pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającymi,
- Umów Ubezpieczenia Grupowego zawartych pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającymi, zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia”.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_2.0/2015 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent ubezpieczeniowy** - Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna, z siedzibą w Gdańsku, przy ul Piastowskiej 7, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność wykonywania pracy przez Ubezpieczonego stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca z tej samej przyczyny (chorobowej lub wypadkowej) nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- 4) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – wyrażone w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;
- 5) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej Deklaracji ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego;
- 6) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego wypełnionej i podpisanej Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - c) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - d) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Okresu ubezpieczenia), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - e) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - f) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych SWU;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 8) **Kredyt** – kredyt udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy (tj. kredyt gotówkowy lub kredyt gotówkowy przeznaczony częściowo na spłatę zobowiązań finansowych);
- 9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
- 10) **Kredytodawca (Bank)** – Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
- 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, wskazany w Deklaracji ubezpieczeniowej, równy:
 - a) okresowi na jaki została zawarta Umowa kredytu - w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi do 24 miesięcy,
 - b) 24 miesiącom – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 25 miesięcy do 144 miesięcy.

4

Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej a kończy z dniem wskazanym w Deklaracji ubezpieczeniowej.

- 14) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby 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, pszczelarskiej lub rybnej);
- 15) **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;
- 16) **Pierwotny harmonogram spłat** – dokument wystawiony przez Bank, sporządzony w dniu zawarcia Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat kredytu;
- 17) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 5 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 18) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- 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 stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) 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;
 - zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia 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;
 - 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;
 - 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;
 - przeszczep narządu** – 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;
- 19) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od niezapłaconej części kapitału;
- 20) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia;

- 21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 22) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 23) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 24) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
- 25) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 26) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU;
- 27) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 28) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową w Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 29) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU, tj. odpowiednio:
 - a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, lub,
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 30) **Umowa kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 31) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym;
- 32) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określone w niniejszych SWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
- 33) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określone w niniejszych SWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku zdarzeń innych niż Zgon lub Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
- 34) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Okresu ubezpieczenia), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 35) **Wcześniejsza całkowita spłata Kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat;
- 36) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia;
- 37) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione w niniejszych SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
- 38) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.
- 39) **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego występuje związek przyczynowy.

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:
 - a) **Zgon,**
 - b) **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
 - c) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - d) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, oraz**
 - e) **jedno z niżej wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:**
 - **Czasowa niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym przed datą zakończenia Okresu ubezpieczenia, albo
 - **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Okresu ubezpieczenia, albo
 - **Poważne zachorowanie** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba wskazana przez Ubezpieczającego, która ukończyła 18 rok życia i której Wiek łącznie z okresem na jaki została zawarta Umowa kredytu nie przekroczy 75 lat.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową;
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu w wysokości nieprzekraczającej 250 000 PLN, z zastrzeżeniem, iż (łącznie) suma udzielonych kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem, nie może przekroczyć 500 000 PLN.

3. W przypadku, gdy jedną Umowę kredytu zawarło kilku Kredytobiorców, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie osoby, chyba, że któryś z Kredytobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i ust. 2 niniejszego artykułu.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku ;
 - b) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy;
 - c) sześćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy;
 - d) dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania;
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) w dniu wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - c) w dniu wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Poważnego zachorowania;
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - e) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy;
 - f) w przypadku złożenia rezygnacji przez Ubezpieczonego - w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z Artykułem 5;
 - g) z upływem Okresu ubezpieczenia określonego w Deklaracji ubezpieczeniowej;
 - h) w przypadku nie opłacenia w terminie Składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego;
 - i) z dniem Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził w Deklaracji ubezpieczeniowej zgody na kontynuowanie Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu;
4. W przypadku, gdy Kredytobiorca złożył rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
5. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
6. Odstąpienie jednego z Kredytobiorców od danej Umowy kredytu powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej wobec tego Kredytobiorcy, jednak pozostali Kredytobiorcy nadal są ubezpieczeni na zasadach niniejszych SWU. Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie na pozostałych Ubezpieczonych.
7. W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony wyraził w Deklaracji ubezpieczeniowej zgodę na kontynuowanie Ochrony ubezpieczeniowej, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca Okresu ubezpieczenia.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Agent ubezpieczeniowy otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej,
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki ubezpieczeniowej na zasadach określonych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

ART 7. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych SWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przyjęcie do ubezpieczenia.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony składa w formie pisemnej na udostępnionym przez Ubezpieczającego formularzu.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (albo inna osoba występująca z roszczeniem) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od daty objęcia Ochroną ubezpieczeniową, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, na zasadach wskazanych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i naliczana jest od wysokości początkowej kwoty Kredytu.
3. W przypadku ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, gdy Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, o której mowa w artykule 10 niniejszych SWU, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, część Składki odpowiadającą niewykorzystanemu Okresowi ubezpieczenia, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z_1 = S \times p \times \frac{(n-k) \times (n-k+1)}{n \times (n+1)}$$

Gdzie:

Z_1 – składka do zwrotu z części ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania

S – kwota pierwotnie zapłaconej Składki

p – % zapłaconej Składki, przypadający na ryzyko Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, w zależności od Okresu ubezpieczenia oraz rodzaju oferty kredytowej (dla Kredytu oznaczonego symbolem oferty „01”: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 98%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 99%; dla Kredytu oznaczonego symbolem oferty „02”: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 98%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 100%; wartości procentowe podane są w zaokrągleniu do liczby całkowitej)

n – pierwotna długość Okresu ubezpieczenia w miesiącach

k – liczba faktycznie wykorzystanych miesięcy Okresu ubezpieczenia

Wyliczenie zwrotu Składki dotyczy ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania (w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter nieliniowy i jest większe na początku Okresu ubezpieczenia, kiedy Kredyt nie jest jeszcze spłacony i odpowiedzialność Ubezpieczyciela dotyczy większej kwoty). Zastosowanie zasady zwrotu Składki według powyższego wzoru wynika z konieczności zróżnicowania kosztów świadczonej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. Ochrony ubezpieczeniowej w trakcie jej trwania. Na początku Okresu ubezpieczenia koszty świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej są najwyższe, ponieważ kwota, którą Ubezpieczyciel musiałby wypłacić w przypadku uznania roszczenia bądź roszczeń, jest największa. Na przykład; (i) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po upływie jednej trzeciej Okresu ubezpieczenia zwrócone zostanie ok. 45% Składki dla ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, (ii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej w połowie Okresu ubezpieczenia zwrócone zostanie ok. 25% Składki dla ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania, (iii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich Okresu ubezpieczenia, zwrócone zostanie ok. 11% Składki dla ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania.

4. W przypadku ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy, gdy Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka i jednocześnie świadczenie ubezpieczeniowe nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, o której mowa w Artykule 10 niniejszych SWU, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, część Składki odpowiadającą niewykorzystanemu Okresowi ubezpieczenia, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z_2 = S \times q \times \frac{(n-k)}{n}$$

Gdzie:

Z_2 – składka do zwrotu z części ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy.



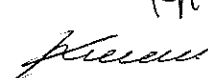
S – kwota pierwotnie zapłaconej Składki

q – % zapłaconej Składki, przypadający na ryzyko Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyko Utraty pracy, w zależności od Okresu ubezpieczenia oraz rodzaju oferty kredytowej (dla Kredytu oznaczonego symbolem oferty „01”: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 2%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 1%; dla Kredytu oznaczonego symbolem oferty „02”: jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy okresowi, na jaki została zawarta Umowa kredytu – 2%, jeżeli Okres ubezpieczenia jest równy 24 miesiące – 0%; wartości procentowe podane są w zaokrągleniu do liczby całkowitej)

n – pierwotna długość Okresu ubezpieczenia w miesiącach

k – liczba faktycznie wykorzystanych miesięcy Okresu ubezpieczenia

Wyliczenie zwrotu Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy (w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter liniowy, ponieważ Ochrona ubezpieczeniowa jest rozłożona proporcjonalnie do Okresu ubezpieczenia). Skutkiem zastosowania zasady zwrotu Składki według powyższego wzoru jest przypisanie równej części Składki w całym Okresie ubezpieczenia, w czasie którego Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce świadczy Ochronę ubezpieczeniową. Na przykład: (i) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po jednej trzeciej Okresu ubezpieczenia, zwrócone zostanie dwie trzecie Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty

pracy, (ii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej w połowie Okresu ubezpieczenia zwrócona zostanie jedna druga Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy, (iii) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich Okresu ubezpieczenia, zwrócona zostanie jedna trzecia Składki dla ryzyka Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz ryzyka Utraty pracy.

5. łączny zwrot składki wyniesie:

$$Z = Z_1 + Z_2$$

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania** równa jest Saldu zadłużenia aktualnemu na Dzień zajścia Zdarzenia, a w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu - Saldu zadłużenia, które przypadająoby na Dzień zajścia Zdarzenia zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** równa jest wartości 6-ciu kolejnych Rat kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy lub Utraty pracy** równa jest wartości 9-ciu kolejnych Rat kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.
4. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Artykule 10 SWU.
2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenia ubezpieczeniowe po 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach z zastrzeżeniem Artykułu 4 ust 1c.
3. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 2 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal jest Czasowo niezdolny do pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy.
4. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia ubezpieczeniowego, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń ubezpieczeniowych (w wysokości określonej w ust. 3) po każdym 30 kolejnych dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 3 niniejszego Artykułu.
5. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia ubezpieczeniowego po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń ubezpieczeniowych na zasadach wskazanych w ust. 3 niniejszego Artykułu.
6. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 9 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Czasowych niezdolności do pracy) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6 150 PLN.
7. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
8. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 7 niniejszego Artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
9. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 9 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (przypadków Utraty pracy) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6 150 PLN.
10. W przypadku pierwszego **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego (trwającego nieprzerwanie 5 dni), Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 5 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
11. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 10 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
12. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Pobyków w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6 150 PLN.
13. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualną na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) Ubezpieczony,
 - b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,

[Handwritten signatures and initials]

- f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

ART 12. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego Artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego Formularza Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel powiadomi pisemnie osobę zgłaszającą Zdarzenie ubezpieczeniowe, 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 ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
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 Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych 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, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie ubezpieczeniowe przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu lub Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z ryzyka innego niż Zgon lub Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku – Uprawnionemu.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez Bank: Deklaracji ubezpieczeniowej, informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego; a także przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego Artykułu:
 - a) w przypadku Zgonu:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - b) w przypadku Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku poza dokumentami określonymi w ust a), dodatkowo:
 - 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);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (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;
 - d) w przypadku Poważnego zachorowania:
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiecie operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań;
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - e) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy:
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
 - dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia,
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub 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));
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - f) w przypadku Utraty pracy:
 - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę),

- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego,
- g) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** :
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - 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);
 - 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 ubezpieczeniowego w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca Zdarzenie ubezpieczeniowe jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą miesięcznego Świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
 - dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy;
- b) w przypadku **Utraty pracy**:
- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
- c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** :
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

ART 13. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytem w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Czasowej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania** odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:
 - a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, lub próbą samobójstwa,
 - 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 nie związanych z aktywnością zawodową),
 - d) następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na wypadek Zdarzenia ubezpieczeniowego będącego podstawą do zgłoszenia roszczenia,
 - e) 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, któremu uległ Ubezpieczony,
 - f) umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
2. W przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w wypadku komunikacyjnym, w którym Ubezpieczony był kierowcą i pozostawał pod wpływem narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony, lub pod wpływem alkoholu (przekraczając obowiązujące w miejscu zdarzenia normy).
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, Ośrodku dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodku leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodku zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodku wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
4. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę 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 porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
 - c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawnionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte;
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub w okresie pierwszych 30 dni od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

ART 14. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

JM
Kras

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

ART 15. 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 odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odwołania do Rzecznika Ubezpieczonych lub do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ART 16. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU 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, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART 17. 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.

ART 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie MERITUM/CASHCPI_5_2.0/2015 wchodzi w życie z dniem 01 kwietnia 2015.

PRODUKT B. Załączniki dotyczące oferty ubezpieczenia Pożyczkobiorców kredytu hipotecznego

Załącznik B.2. TABELA TARYFIKACYJNA

1. Składka ubezpieczeniowa za ubezpieczenie opłacana jednorazowo według poniższego wzoru:

$$S = [(V \times t \times r) + V] \times t \times r$$

gdzie:

S: składka do zapłaty [PLN]

V: pierwotna kwota pożyczki [PLN]

t: okres ubezpieczenia [miesiące], min. 24 i max. 36 miesięcy

r: stawka miesięczna brutto [%]

Zakres ubezpieczenia	Stawka ubezpieczeniowa brutto
zgon trwała i całkowita niezdolność do pracy	0,070%

Załącznik B.2. Deklaracja Ubezpieczeniowa

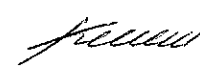
DEKLARACJA UBEZPIECZENIOWA

Oświadczenie Pożyczkobiorcy dotyczące objęcia ochroną ubezpieczeniową (umowa pożyczki hipotecznej nr <numer umowy pożyczki>)

1. Ja niżej podpisany/a <imię i nazwisko Pożyczkobiorcy> wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia Grupowego zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej „Ubezpieczyciel”) a <nazwa Ubezpieczającego> (dalej „Ubezpieczający”). Wskazana w zdaniu poprzednim umowa zwana jest dalej „Umową ubezpieczenia”.
2. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia na okres <liczba miesięcy> (w zależności od wybranej skróconej opcji ubezpieczenia odpowiednia liczba miesięcy) w zakresie: zgonu Ubezpieczonego oraz trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu uruchomienia pożyczki a kończy z dniem <____> (data zapadalności raty, której numer odpowiada wskazanej powyżej liczbie miesięcy ochrony).
3. Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej deklaracji otrzymałem/am, zapoznałem/am się i akceptuję treść Szczególnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców o indeksie MERITUM/HIPOTEKACPI_5_1.0/2015 (dalej „SWU”) w tym wysokość sumy ubezpieczenia, oraz akceptuję koszty objęcia ochroną ubezpieczeniową w wysokości < wysokość kosztu>.
4. W przypadku zgłoszenia roszczenia z Umowy ubezpieczenia upoważniam (także po mojej śmierci) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. do zasięgania od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) a także od każdego zakładu ubezpieczeń wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda jest nieodwołalna i skuteczna w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawieranych i zawartych przeze mnie lub na mój rachunek z Ubezpieczycielem. Przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t. jedn. Dz. U. Nr 101 z 2002, poz. 926 z późn. zmianami) Ubezpieczyciel jest administratorem moich danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 k.c., które będą przez tego Ubezpieczyciela przetwarzane w celu wywiązania się z Umowy ubezpieczenia oraz do wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych osobowych.
5. Upoważniam Ubezpieczyciela do uzyskania od Meritum Bank ICB S.A. z siedzibą w Gdańsku przy ul. Piastowskiej 7 informacji wymaganych przez Ubezpieczyciela do realizacji świadczonej przez niego ochrony ubezpieczeniowej, w tym informacji o warunkach i realizacji umowy pożyczki Meritum Bank ICB S.A. oraz informacji o saldzie zadłużenia. Przyjmuję do wiadomości, że Ubezpieczyciel jest obowiązany zachować tajemnicę bankową w odniesieniu do informacji uzyskanych na podstawie niniejszego upoważnienia. Informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia mogą być udostępniane przez Ubezpieczyciela wyłącznie podmiotom wskazanym przepisami ustawy ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (t. jedn. Dz. U. 2010 r. Nr 11 poz. 66). Jednocześnie oświadczam, że na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe (Dz. U. z 2002 r. Nr 72, poz. 665 z późn. zm.) upoważniłem Meritum Bank ICB S.A. do przekazania Ubezpieczycielowi, informacji objętych tajemnicą bankową wymaganych do realizacji ochrony ubezpieczeniowej.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Ubezpieczającego moich danych osobowych w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową oraz w związku z realizacją Umowy ubezpieczenia oraz na przekazanie moich danych przez Ubezpieczającego do Ubezpieczyciela.
7. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania mojej uprzedniej zgody.
8. Oświadczam, że:
 - 1) nie ukończyłem/am 65 roku życia;
 - 2) nie pobieram renty z tytułu całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy;
 - 3) nie przebywam i w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie przebywałem/am na zwolnieniu lekarskim (z powodu choroby lub wypadku) dłuższym niż 30-dniowe;
 - 4) nie przebywam i w ciągu ostatnich 3 lat nie przebywałem/am w szpitalu dłużej niż 15 kolejnych dni i/lub nie przechodziłem/am operacji chirurgicznej (z wyłączeniem usunięcia wyrostka robaczkowego lub wycięcia migdałków);
 - 5) za wyjątkiem profilaktyki zdrowotnej mój stan zdrowia nie wymaga regularnego nadzoru lub leczenia;
 - 6) nie mam wad wrodzonych, ani nie cierpię na przewlekłe choroby: układu krążenia, układu oddechowego, nerek, układu trawienia, gruźlicy, kości i stawów, nadciśnienie, depresję nerwową, padaczkę, cukrzycę.
9. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej na poniższych zasadach:
 - 1) w przypadku złożenia rezygnacji w terminie 30 dni od dnia podpisania niniejszej deklaracji, Pożyczkobiorca nie zostanie obciążony żadnymi kosztami z tytułu ochrony ubezpieczeniowej.
 - 2) w razie przekroczenia terminu, o którym mowa w pkt 1), rezygnacja będzie skuteczna na zasadach określonych w SWU.
10. Zwrot kosztów ubezpieczenia za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, zostanie obliczony zgodnie z zasadami określonymi w SWU, według których obliczany jest zwrot składki należny Ubezpieczającemu
11. W przypadku odstąpienia od Umowy pożyczki, skutkiem tego odstąpienia będzie rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej.
12. Oświadczam, iż rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej złożona przez któregokolwiek z pozostałych Ubezpieczonych będzie oznaczała również rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej złożoną w moim imieniu, do czego niniejszym upoważniam Ubezpieczonego <imiona i nazwiska pozostałych Pożyczkobiorców>
13. Niniejszym oświadczam, iż wskazuję Meritum Bank ICB S.A. jako uprawnionego i uposażonego do otrzymania świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia o której mowa w pkt 1.

Data <____>

Podpisy Ubezpieczonych



Załącznik B.3. Warunki Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców o indeksie MERITUM/HIPOTEKACPI_5_1.0/2015 - (pożyczka hipoteczna)



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO POŻYCZKOBIORCÓW o indeksie MERITUM/MORTGAGECPI_5_1.0/2015

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców, oznaczone indeksem MERITUM/MORTGAGECPI_5_1.0/2015, stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców o indeksie MERITUM/MORTGAGECPI_5_1.0/2015 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent ubezpieczeniowy** - Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna, z siedzibą w Gdańsku przy ul. Piastowskiej 7, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – wyrażone w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, oświadczenie woli Pożyczkobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 4) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Pożyczki, pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 5) **Dzień zajścia Zdarzenia** – odpowiednio:
 - a) w przypadku Zgonu – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
- 6) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 7) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
- 8) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, równy:
 - a) okresowi na jaki została zawarta Umowa o Pożyczkę - w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi 24 do 36 miesięcy;
 - b) 36 miesiącom – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi 37 do 300 miesięcy;Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej a kończy z dniem wskazanym w Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 9) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, 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 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);
- 10) **Pierwotny harmonogram spłat** – dokument wystawiony przez Pożyczkodawcę, sporządzony w dniu zawarcia Umowy o Pożyczkę, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Pożyczki, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat Pożyczki;
- 11) **Pożyczka** – kredyt lub pożyczka, którego docelowym zabezpieczeniem ma być lub jest hipoteka na nieruchomości, udzielana przez Pożyczkodawcę, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Pożyczkodawcy;
- 12) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Pożyczkodawcą Umowę o Pożyczkę;
- 13) **Pożyczkodawca (Bank)** – Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna, z siedzibą w Gdańsku przy ul. Piastowskiej 7, udzielający Pożyczki w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 14) **Rata Pożyczki** – kwota należna Pożyczkodawcy za dany miesiąc trwania Umowy o Pożyczkę, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
- 15) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Pożyczkobiorcy wobec Pożyczkodawcy wynikające z Umowy o Pożyczkę na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia;
- 16) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 17) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 18) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 19) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu SWU;
- 20) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 21) **Ubezpieczony** – Pożyczkobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, który wyraził pisemną zgodę w formie Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 22) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU, tj. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2;
- 23) **Umowa o Pożyczkę** – umowa Pożyczki zawarta pomiędzy Pożyczkodawcą a Pożyczkobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Pożyczkodawcy;
- 24) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Grupowego zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
- 25) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 26) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
- 27) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 28) **Zdarzenie** – zdarzenie ubezpieczeniowe wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego;
- 29) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszyły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) **Zgon**,
 - b) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy**,
3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Pożyczkobiorca, wskazany przez Ubezpieczającego, który najpóźniej w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) ukończył 18 rok życia,
 - b) nie przekroczył w tym dniu Wiek 65 lat
2. Warunkiem objęcia Ochroną ubezpieczeniową jest, aby Pożyczkobiorca:
 - a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową,
 - b) zawarł z Pożyczkodawcą Umowę o Pożyczkę w wysokości nieprzekraczającej 500 000 PLN, z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych kredytów i pożyczek w Banku, przy zawieraniu których Pożyczkobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 500 000 PLN.
3. W przypadku, gdy jedną Umowę o Pożyczkę zawarło kilku Pożyczkobiorców, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie te osoby, chyba, że któryś z Pożyczkobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 lub w ust. 2 niniejszego Artykułu.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Artykułu 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
 - b) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - c) w dniu wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 70 lat;
 - e) w sytuacji określonej w Art. 5;
 - f) w dniu rozwiązania, wygaśnięcia lub odstąpienia od Umowy o Pożyczkę, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5 niniejszego Artykułu;
 w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
4. W przypadku, gdy Pożyczkobiorca zrezygnował z Ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej lub w przypadku nie opłacenia w terminie określonym w Umowie ubezpieczenia Składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego Pożyczkobiorca będzie traktowany jako osoba nieubezpieczona.
5. W przypadku odstąpienia wszystkich Pożyczkobiorców od Umowy o pożyczkę wszystkie osoby traktowane będą jako nieubezpieczone.
6. Odstąpienie jednego z Pożyczkobiorców od danej Umowy o Pożyczkę powoduje, że osoba ta będzie traktowana jako nieubezpieczona, jednak pozostali Pożyczkobiorcy nadal są ubezpieczeni na zasadach SWU. Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie na pozostałych Ubezpieczonych.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z dniem poprzedzającym dzień płatności najbliższej Raty pożyczki, następującej po dniu, w którym Agent ubezpieczeniowy otrzymał pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego.
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).
4. Rezygnacja jednego z Ubezpieczonych z Ochrony ubezpieczeniowej powoduje wygaśnięcie Ochrony ubezpieczeniowej tylko wobec tego Ubezpieczonego. Pozostali Ubezpieczeni podlegają Ochronie ubezpieczeniowej na zasadach określonych w SWU. Suma ubezpieczenia jest dzielona proporcjonalnie na pozostałych Ubezpieczonych.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki ubezpieczeniowej na zasadach określonych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

ART 7. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przystąpienie do ubezpieczenia.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony obowiązany jest podpisywać Deklarację ubezpieczeniową na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (albo inna osoba występująca z roszczeniem) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia, z zastrzeżeniem, iż do Zdarzenia doszło w ciągu pierwszych trzech lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i naliczana jest od wysokości początkowej kwoty Pożyczki.
3. W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie ubezpieczenia, o której mowa w Artykule 10 niniejszych SWU, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego proporcjonalną część Składki pobranej za świadczoną Ochroną ubezpieczeniową, odpowiadającą okresowi pozostającemu do zakończenia Okresu ubezpieczenia.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu oraz Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy równa jest Saldu zadłużenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 niniejszego Artykułu.
2. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy o Pożyczkę objętych zostało więcej Pożyczkobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową.
3. Suma ubezpieczenia na Zdarzenia zaistniałe w Okresie ubezpieczenia nie może być wyższa niż 500 000 PLN z tytułu wszystkich zawartych przez Bank z Pożyczkobiorcą umów o kredyt lub pożyczkę, w ramach których Pożyczkobiorca został objęty ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

W przypadku Zgonu lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Artykule 10.

ART 12. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić zajście Zdarzenia Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego Artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego (z wyłączeniem dokumentacji Pożyczkowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego Formularza 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 ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
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 Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego Artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę

[Handwritten signature]
[Handwritten initials]

prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierając będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata Świadczenia ubezpieczeniowego realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie przez Bank: Deklaracji ubezpieczeniowej, informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy o Pożyczkę na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego; a także Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów:
 - a) w przypadku Zgonu:
 - odpis aktu Zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: akt/karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.
 - b) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (np. dokumentacja medyczna)
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

ART 13. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Zgonu, gdy Zdarzenie zaszło wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych przed Dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - c) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - d) usiłowania lub popełnienia przestępstwa;
 - e) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - f) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - g) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.
2. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, gdy Zdarzenie zaszło wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych przed Dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - c) próby samobójstwa;
 - d) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - g) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - i) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

ART 14. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

ART 15. 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.

[Handwritten signature and initials]

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.
5. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odwołania do Rzecznika Ubezpieczonych lub do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ART 16. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU 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, Ubezpiezonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART 17. 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.

ART 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców o indeksie MERITUM/MORTGAGECPI_5_1.0/2015 wchodzi w życie z dniem 01 kwietnia 2015.