

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW (INDEKS Luk/04/life)

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

- Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie Luk/04/life zwane dalej „SWU” mają zastosowanie w Umowie Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców – Polisa nr LUK/04, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Credit Agricole Bank Polska S.A., na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko śmierci, całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania kredytobiorcy. Wypłata świadczenia przez Towarzystwo na rzecz Ubezpieczającego zwalnia Ubezpieczonych albo ich spadkobierców z obowiązku spłaty ciężących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zaciągniętego kredytu w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
- Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - Ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2,
 - Ubezpieczający - Credit Agricole Bank Polska S.A. z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orłąt Lwowskich 1,
 - ubezpieczony - osoba, której życie lub zdrowie jest ubezpieczone, będąca kredytobiorcą lub współkredytobiorcą,
 - uposażony - osoba, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu ubezpieczonego,
 - uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego,
 - kredyt - kredyt udzielany ubezpieczonemu na podstawie umowy kredytowej zawartej z Ubezpieczającym,
 - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - oświadczenie woli kredytobiorcy, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach opisanych w niniejszych SWU, złożone pisemnie lub ustnie za pośrednictwem serwisu telefonicznego, Internetu, serwisu internetowego lub każdego innego akceptowanego przez Ubezpieczającego kanału komunikacji (nośnika informacji),
 - zgon - śmierć ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 12 niniejszych SWU,
 - całkowita niezdolność do pracy - w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych jest to stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonym na okres co najmniej 5 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy; w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy jest to stan niesprawności powodujący konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, potwierdzony orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczonym na okres co najmniej 2 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności,
 - czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 12 niniejszych SWU,
 - poważne zachorowanie - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 12 niniejszych SWU:
zawał serca - martwica części mięśnia sercowego w następstwie przerwania dopływu krwi wykazana w wywiadzie przez występujące łącznie typowe objawy: długotrwałe bóle klatki piersiowej, nowe zmiany EKG charakterystyczne dla świeżo przeżytego zawału serca oraz zwiększony poziom enzymów sercowych,
udar mózgu - incydent mózgowy pochodzenia naczyniowego wywołujący trwałe, udokumentowane ubytki neurologiczne w postaci uszkodzenia tkanki mózgowej,
niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek spowodowane uszkodzeniem lub upośledzeniem funkcji obu nerek, wymagające przeprowadzania regularnych dializ lub przeszczepu nerki,
nowotwór - stan niekontrolowanego wzrostu komórek nowotworowych, w tym nowotwory krwi, choroba Hodgkina, udokumentowane biopsją i wynikiem badania histopatologicznego. Ochroną nie są objęte nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych - wykonanie chirurgicznego zabiegu (bypass) likwidacji zwężenia lub blokady naczyń wieńcowych za pomocą wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
- nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ubezpieczonego,
- wiek - liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia kredytobiorcy.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych.
- W zależności od opcji zakresu ochrony Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 - zgon ubezpieczonego lub jego całkowita niezdolność do pracy,
 - zgon ubezpieczonego lub jego całkowita niezdolność do pracy oraz czasowa niezdolność do pracy - w odniesieniu do kredytobiorców, którzy w dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną prowadzili własną działalność gospodarczą lub byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony,
 - zgon ubezpieczonego lub jego całkowita niezdolność do pracy oraz poważne zachorowanie - w odniesieniu do kredytobiorców, którzy w dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną uzyskiwali dochód z tytułu emerytury lub renty lub innych źródeł nie wymienionych w opcji 2) oraz nie byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony.
- W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych SWU, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7.

Rozdział 3. Zawarcie umowy ubezpieczenia.

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

Rozdział 4. Przystąpienie do ubezpieczenia.

- Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca kredytobiorcą głównym lub współkredytobiorcą, spełniająca warunki określone w ust. 2, w stosunku do której:
 - suma wieku, w dniu objęcia ubezpieczeniem, i okresu kredytowania nie przekracza:
 - w przypadku kredytów gotówkowych oraz kredytów na zakup towarów/usług - 76 lat dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 1 i 3 oraz 66 lat dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 2, z zastrzeżeniem punktu b),
 - w przypadku kredytów samochodowych oraz kredytów na zakup towarów/usług oferowanych przez wskazanego przez Ubezpieczającego pośrednika - 71 lat dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 1 i 3, oraz 66 lat, dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 2,



- 2) kwota kapitału udzielonego kredytu (ów) nie przekracza:
 - c) 250 000 PLN (dla jednej osoby) lub równowartości tej kwoty w walucie obcej w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, w przypadku kredytu samochodowego wraz z innymi kredytami udzielonymi w ramach obowiązujących umów kredytowych, przy zawieraniu których kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem,
 - d) 100 000 PLN (dla jednej osoby) lub równowartości tej kwoty w walucie obcej w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, w przypadku kredytów udzielonych w ramach obowiązujących umów kredytowych, przy zawieraniu których kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem z wyłączeniem kredytu samochodowego.
2. Objęcie ubezpieczeniem kredytobiorców, którym udzielono kredytu(ów) o wyższej łącznej kwocie kapitału wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust. 1 jest, aby osoba ta:
 - 1) wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową – w formie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną,
 - 2) zawarła z Ubezpieczającym umowę kredytową.

Rozdział 5. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek śmierci lub całkowitej niezdolności do pracy,
 - 2) sześćdziesiątego dnia po dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy,
 - 3) dziewięćdziesiątego dnia po dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Rozdział 6. Wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia, rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej.

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego w formie listu poleconego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
3. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli składka za określonego ubezpieczonego nie została zapłacona w terminie 30 dni, od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem tego ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem 30 dni od terminu płatności składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio pisemnie wezwał Ubezpieczającego do zapłacenia składki w wyznaczonym przez Ubezpieczyciela terminie.
5. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie może dotyczyć osób już ubezpieczonych, wobec których odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa zgodnie z postanowieniami Rozdziału 11.
6. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
7. Rezygnację uznaje się za skuteczną z dniem, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
8. 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).
9. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia lub całkowitej spłaty kredytu przed terminem przewidzianym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu, Ubezpieczający zwróci Ubezpieczonemu część pobranej składki, odpowiadającą niewykorzystanemu okresowi ubezpieczenia pomiędzy datą odpowiednio rezygnacji lub wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu a ustaloną w umowie datą spłaty ostatniej raty kredytu.

Rozdział 7. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego kredytobiorcy w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej, równa jest:
 - kapitałowi kredytu pozostającemu do spłaty w tym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - odsetkom według przewidzianej umową kredytu stopy, liczonym od nie przeterminowanej części kapitału za okres od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
 - odsetkom kamym według przewidzianej umową kredytu stopy od przeterminowanej części kapitału za okres od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
 - sumie opłat za rachunek na spłatę rat pozostających do spłaty w tym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
 - sumie opłat za rachunek na spłatę rat pozostających do spłaty od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
 - innym opłatom i prowizjom przewidzianym taryfą Ubezpieczającego naliczonym w okresie od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia (np. opłata za monit, za restrukturyzację kredytu), jednak nie dłuższym niż 120 dni.
 - do ustalania wysokości sumy ubezpieczenia w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej nie są brane pod uwagę wpłaty zaksięgowane z datą księgową po tym dniu oraz operacje związane z rozliczeniem kredytu, dokonane z datą księgową po tym dniu.
2. W przypadku zgonu ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w umowie ubezpieczenia.
3. W razie uznania ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy świadczenie Ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, sumie ubezpieczenia, której wysokość określona jest w umowie ubezpieczenia, na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w umowie ubezpieczenia.
5. Świadczenie Ubezpieczyciela w razie czasowej niezdolności do pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, kwocie miesięcznych spłat należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po 60 kolejnych dniach przerwy w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy. Świadczenie wypłacane jest w kwotach i terminach określonych w aktualnym harmonogramie spłat kredytu.
6. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 5, nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości miesięcznej wymaganej spłaty, należnej z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego, z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców.
7. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 5, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) dnia, w którym ubezpieczony ukończył 66 lat,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
8. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni, licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 5, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
9. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi po upływie 60 dni, licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek zgłoszenia kolejnego roszczenia o wypłatę świadczenia. W takim przypadku

Handwritten signature

Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 5, przypadającego na okres nowej niezdolności do pracy, po upływie 60 kolejnych dni przerwy w pracy.

Rozdział 8. Składki.

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

Rozdział 9. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, wypłacane są osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia, wraz z odpowiednimi dokumentami, uposażony lub uprawniony do odbioru świadczenia zobowiązany jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, zależnie od tytułu z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, to jest:
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu zgonu,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala, protokół lub raport policyjny z miejsca wypadku, lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę).
 - 2) w przypadku całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) - w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych - orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy, określające stan zdrowia ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy przez okres co najmniej 5 lat;
- w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczone na okres co najmniej 2 lat, wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności;
 - c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy,
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala).
 - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - c) dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,
 - d) informacja pracodawcy (wysyłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
 - e) harmonogram spłat kredytu,
 - f) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - g) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala).
 - 4) w przypadku poważnego zachorowania:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego,
 - c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia poważnego zachorowania,
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala).
4. Gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie, o którym mowa w ust. 3.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel stwierdzi, że wniosek o realizację świadczenia nie zawiera niezbędnych dokumentów określonych powyżej, zobowiązany jest do wezwania Ubezpieczającego do ich uzupełnienia w terminie 14 dni od otrzymania wniosku o realizację świadczenia. Termin rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela uzupełnionego wniosku wynosi 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, jednak nie dłużej niż do 7 dnia po upływie okresu 90 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia. Po tym terminie Ubezpieczyciel zobowiązany jest do natychmiastowego podjęcia decyzji na podstawie posiadanej dokumentacji.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel stwierdzi, że wniosek o realizację świadczenia wymaga uzupełnienia o inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, zobowiązany jest do wystąpienia o dodatkowe dokumenty oraz poinformowania o tym fakcie Ubezpieczającego w terminie 14 dni od otrzymania wniosku o realizację świadczenia. W takim wypadku termin rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku wynosi 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, jednak nie dłużej niż do 7 dnia po upływie okresu 90 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia. Po tym terminie Ubezpieczyciel zobowiązany jest do natychmiastowego podjęcia decyzji na podstawie posiadanej dokumentacji.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie 14 dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczeń oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).



Rozdział 10. Obowiązki ubezpieczonego.

1. Ubezpieczony, pod rygorem utraty prawa do świadczenia, powinien w razie potrzeby poddać się leczeniu bez zwłoki i postępować zgodnie z zaleceniami lekarza. W razie potrzeby, na prośbę i na koszt Ubezpieczyciela, powinien poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Udzielenie przez ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 11. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:
 - 1) w przypadku kredytów gotówkowych oraz kredytów na zakup towarów/usług - w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 76 lat, w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 1) lub 3), lub w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 66 lat - w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 2); natomiast w przypadku kredytów samochodowych oraz kredytów na zakup towarów /usług oferowanych przez wskazanego przez Ubezpieczającego pośrednika - w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 71 lat, w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 1) lub 3), lub w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 66 lat - w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 2),
 - 2) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - 3) jeżeli Ubezpieczający odradza kredytobiorcy termin spłaty kredytu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela trwa do dnia całkowitej spłaty kredytu, nie dłużej jednak niż:
 - a) przez sześć miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - b) Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczającego, może przedłużyć okres ubezpieczenia do maksymalnie dwunastu miesięcy, licząc od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - c) Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczającego, przedłuża okres ubezpieczenia do maksymalnie dwunastu miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu w przypadku zawieszenia spłaty kredytu zgodnie z art. 131 Ustawy z dnia 21.11.1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002, Nr 21, poz. 205),
 - 4) w dniu całkowitej spłaty kredytu, jeżeli kredyt zostaje spłacony całkowicie przed terminem przewidzianym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty,
 - 5) w dniu wpływu do Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o rezygnacji z ubezpieczenia przed ustaloną w umowie datą spłaty ostatniej raty kredytu,
 - 6) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w Rozdziale 6 ust. 4,
 - 7) w dniu zgonu ubezpieczonego, orzeczenie u ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 - 8) w odniesieniu do całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego.

Rozdział 12. Wyłączenia odpowiedzialności.

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

1. samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia zawarcia na rzecz danego ubezpieczonego umowy ubezpieczenia,
2. działaniem ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
3. aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
4. eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
5. następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
6. nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem,
7. zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy),
8. uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakerstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
9. uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
10. zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego,
11. umyślnym samookałeczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego.

Rozdział 13. Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

Rozdział 14. Postanowienia końcowe.

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres:
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
pl. Piłsudskiego 2
00-073 Warszawa
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.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej.

