

SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH (INDEKS Luk/06/life – K Plany)

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Posiadaczy Kart Kredytowych (Indeks Luk/06/life – K Życie Plus) zwane dalej SWU mają zastosowanie w Umowie Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart Kredytowych – Polisa LUK/06, 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 oraz czasowej niezdolności do pracy posiadacza rachunku. Wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczającego zwalnia Ubezpieczonych albo ich spadkobierców od obowiązku spłaty ciężających na nich zobowiązań finansowych z tytułu zadłużenia na rachunku karty w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) Ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
 - 2) Ubezpieczający - Credit Agricole Bank Polska S.A. (poprzednio LUKAS Bank S.A.) z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orłąt Lwowskich 1,
 - 3) Ubezpieczony - osoba, której Ubezpieczający wydał kartę - Posiadacz karty, który wyraził zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia podpisując Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną,
 - 4) Uposażony - osoba, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu Ubezpieczonego (następujące osoby Uprawnione w kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, ustawowi spadkobiercy),
 - 5) Uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon Ubezpieczonego,
 - 6) karta - karta kredytowa wydana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego jako karta Media Markt MasterCard
 - 7) rachunek karty - prowadzony przez Ubezpieczającego rachunek Ubezpieczonego, na którym rozliczane są transakcje dokonane w ciężar limitu kredytowego,
 - 8) okres rozliczeniowy - powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc), kończący się w dniu, w którym sporządzany jest wyciąg z rachunku kredytowego, przy czym pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy limitu, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania wyciągu,
 - 9) Posiadacz rachunku - osoba fizyczna, która podpisała z Ubezpieczającym umowę o limit kredytowy,
 - 10) Posiadacz karty - osoba fizyczna, która podpisała z Bankiem umowę o kartę, będąca jednocześnie Posiadaczem rachunku kredytowego
 - 11) Plan Podstawowy - domyślny plan kredytowy służący do obsługi zadłużenia za wyjątkiem zadłużenia wynikającego z Planów Ratalnych,
 - 12) Plan Ratalny (Plan Spłat Ratalnych, Plan Transakcje Stałe Spłaty) - plan kredytowy udostępniony w ramach rachunku karty Media Markt MasterCard umożliwiający rozłożenie spłaty wykorzystanego limitu (zadłużenia kapitałowego) na raty
 - 13) śmierć - zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 12 niniejszych SWU,
 - 14) 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,
 - 15) czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez Ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 12 niniejszych SWU,
 - 16) nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego,
 - 17) wiek - liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Posiadacza karty,
 - 18) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną - oświadczenie woli Posiadacza karty, mocą którego wyraża on odpowiednio zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową lub rezygnację z ubezpieczenia złożone pisemnie lub ustnie za pośrednictwem Serwisu telefonicznego CA24, internetem za pośrednictwem Serwisu internetowego CA24 lub każdego innego akceptowanego przez Ubezpieczającego kanału komunikacji (nośnika informacji).

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego,
 - 2) całkowitej niezdolności do pracy,
 - 3) czasowej niezdolności do pracy - w odniesieniu do posiadacza rachunku, którzy prowadzą własną działalność gospodarczą lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony.
 - 4) W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem niniejszych warunków, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7.

Rozdział 3. Zawarcie Umowy ubezpieczenia.

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

Rozdział 4. Objęcie ochroną ubezpieczeniową.

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca Posiadaczem rachunku karty kredytowej, której wiek, w dniu objęcia ubezpieczeniem, nie przekracza 71 lat, a nadto spełniająca warunki określone w ust. 2.
2. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust. 1, jest:
 - 1) podpisanie z Ubezpieczającym umowy o limit,
 - 2) wyrażenie przez tę osobę zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową poprzez złożenie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną.

Rozdział 5. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego Rozdziału.
2. Objęcie danej osoby zgłaszanej do ubezpieczenia odpowiedzialnością Ubezpieczyciela potwierdzone jest umieszczeniem numeru umowy o limit na liście umów zawartych z Ubezpieczającym przez osoby, które spełniły warunki określone w Rozdziale 4.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek śmierci lub całkowitej niezdolności do pracy,
 - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu złożenia przez tę osobę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy,nie wcześniej jednak niż od dnia zawarcia umowy o limit lub kartę, a w przypadku zawarcia umowy o kartę również dokonania aktywacji karty w systemie Ubezpieczającego.

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

1. Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana przez oświadczenie Ubezpieczającego złożone w formie pisemnego wypowiedzenia wysłanego listem poleconym z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
3. 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 dnia od terminu płatności składki, jeżeli Ubezpieczyciel wezwał Ubezpieczającego do zapłacenia składki w wyznaczonym przez Ubezpieczyciela terminie.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 4 może być wznowiona po opłaceniu składki i po ponownym spełnieniu warunków opisanych w Rozdziale 4 ust. 2 pkt. 2, w odniesieniu do tego Ubezpieczonego.
6. Odstąpienie lub wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie może dotyczyć osób już ubezpieczonych, wobec których odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa zgodnie z postanowieniami Rozdziału 11.
7. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji.
8. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka i w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia.
9. 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).

Rozdział 7. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Umowie ubezpieczenia.
2. W razie uznania Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4, sumie ubezpieczenia na wypadek całkowitej niezdolności do pracy 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 na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
3. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w przypadku czasowej niezdolności do pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 8 ust. 4:
 - A) kwocie minimalnej wymaganej spłaty z tytułu zadłużenia na rachunku karty, jednak nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej spłaty, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy, i/lub
 - B) kwocie rat kredytowych wynikających z otwartych Planów Ratalnych przypadających do zapłaty w okresie niezdolności do pracy,począwszy od przypadającej do zapłaty po 90 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością Ubezpieczonego do pracy.



4. Przysługujące świadczenia miesięczne, o których mowa w ust. 5 wypłacane są przez Ubezpieczyciela w terminach płatności minimalnych spłat zadłużenia na rachunku karty.
5. Łączna liczba świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 5, w ciągu 36 miesięcy nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart Kredytowych.
6. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 5, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) dnia, w którym Ubezpieczony ukończył 71 lat,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
7. 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.
8. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczeń, o których mowa w ust. 5, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 90 kolejnych dni kolejnej niezdolności do 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 okres udzielanej ochrony poprzedzającej zdarzenie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 i 5.
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.
5. W przypadku zawieszenia przez Ubezpieczającego obowiązku spłaty zadłużenia w związku z odbywaniem przez Ubezpieczonego służby wojskowej (zgodnie z art. 131 Ustawy z dnia 21.11.1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2004, Nr 241, poz 2416)), Ubezpieczyciel, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, zawiesza obowiązek opłacania składki przez okres maksymalnie dwunastu miesięcy.

Rozdział 9. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela wypłacane są przez Ubezpieczyciela 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 trzydziestu 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 śmierci:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu),
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu zgonu - dostarcza Ubezpieczający,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 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;
 - c) 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;
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy - dostarcza Ubezpieczający,
 - f) Inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:

[Handwritten signatures and initials]

- 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) informacja o kwocie minimalnej wymaganej spłaty zadłużenia, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
 - f) informacja o źródle uzyskiwania dochodów w dniu zdarzenia (np. zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony),
 - g) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - h) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
4. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel stwierdzi, że wniosek o realizację świadczenia wymaga uzupełnienia o inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, zobowiązany jest w terminie 14 dni od otrzymania wniosku o realizację świadczenia do wystąpienia we własnym zakresie o dodatkowe dokumenty oraz poinformowania o tym fakcie Ubezpieczającego. W takim wypadku termin rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku wynosi 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, jednak nie dłużej niż do 7 dnia po upłygnięciu 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.
 5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie 14 dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczeń oraz dostarczenia oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.
 6. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

Rozdział 10. Obowiązki Ubezpiezonego.

4. 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.
5. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
6. Udzielenie przez Ubezpiezonego odpowiedzi niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 11. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego Ubezpiezonego:

- 1) w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło wypowiedzenie umowy o limit,
- 2) w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpiezonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia,
- 3) w dniu ukończenia przez Ubezpiezonego 71 lat,
- 4) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w Rozdziale 6 ust. 4,
- 5) w dniu śmierci Ubezpiezonego lub wystąpienia u Ubezpiezonego całkowitej niezdolności do pracy,
- 6) w odniesieniu do całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o całkowitej niezdolności Ubezpiezonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego.

Rozdział 12. Wylączenia odpowiedzialności.

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

1. samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpiezonego ochroną ubezpieczeniową,
2. działaniem Ubezpiezonego po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
3. aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
4. eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków 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. niezasadnionym 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 Ubezpiezonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym itp.),

[Handwritten signatures]

8. uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pływunurkowanie, szymbownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
9. uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojkowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
10. umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.

Rozdział 13. Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych SWU ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

Rozdział 14. Tryb i warunki zmiany Umowy ubezpieczenia.

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony może zostać zmieniona przez Ubezpieczyciela po uprzednim powiadomieniu Ubezpieczającego listem poleconym w terminie jednego miesiąca przed planowaną zmianą Umowy ubezpieczenia. W tym samym terminie Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami umowy dotychczasowej oraz zmienionymi warunkami umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku sprzeciwu Ubezpieczającego na proponowane warunki Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zachowuje prawo do odstąpienia od Umowy, w terminie 14 dni od doręczenia powiadomienia Ubezpieczyciela o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia.

Rozdział 15. Postanowienia końcowe.

1. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych SWU.
2. 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
4. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
5. W sprawach nieregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

