



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

INDEKS: SYGMA/02/2009

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców, oznaczone indeksem SYGMA/02/2009 mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie o indeksie Sygma/01 zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce oraz Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie Sygma/02 zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna oraz stanowią ich integralną część.

ART 1. DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczonych indeksem SYGMA/02/2009 (dalej: Warunki) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „Choroba” – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, wewnętrznego lub zewnętrznego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 2) „Deklaracja zgody” – oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego Kredytobiorca wyraża zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 3) „Dzień przystąpienia do ubezpieczenia” – dzień złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej i podpisanej przez Ubezpieczonego Deklaracji zgody, z zastrzeżeniem, że jest to dzień nie wcześniejszy niż dzień podpisania Umowy kredytu;
- 4) „Dzień zajścia zdarzenia”:
 - a) w przypadku śmierci – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku trwałego częściowego inwalidztwa – dzień wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa w rozumieniu niniejszych Warunków, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - c) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – dzień wskazany w orzeczeniu, lub w przypadku braku wskazania dnia w orzeczeniu, za dzień wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania orzeczenia;
 - d) w przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku – pierwszy dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - e) w przypadku poważnego zachorowania, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - w odniesieniu do nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych Warunkach;
 - w odniesieniu do operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - w odniesieniu do przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - f) w przypadku utraty pracy:
 - dla osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony – dzień rozwiązania stosunku pracy, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia umów o pracę zawartych na czas nieokreślony lub określony, w tym także dzień rozwiązania stosunku służbowego, wskazany w pisemnym dokumencie orzekającym o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - dla osób prowadzących działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania działalności z ewidencji działalności gospodarczej w Urzędzie Gminy;
- 5) „Dzień pobytu w szpitalu” – każdy ukończony dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uważa się okres od przyjęcia do szpitala do końca dnia, tj. do godz. 24:00;
- 6) „Kredyt” – Kredyt gotówkowy, Kredyt gotówkowy konsolidacyjny udzielony Kredytobiorcy przez Kredytodawcę na podstawie Umowy kredytu zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy i w walucie krajowej, którą jest polski złoty (PLN);
- 7) „Kredytobiorca” – osoba fizyczna, w tym prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu, w tym również każdy Współkredytobiorca zawierający wspólnie z Kredytobiorcą Głównym Umowę kredytu. Postanowienia dotyczące Kredytobiorcy Głównego stosuje się odpowiednio do Współkredytobiorcy, chyba że postanowienia Umowy ubezpieczenia stanowią inaczej;
- 8) „Kredytodawca” – Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje oraz zawierający z Kredytobiorcą Umowę kredytu;
- 9) „Lekarz” – osoba wykonująca zawód lekarza medycyny, w rozumieniu przepisów prawa polskiego;
- 10) „Nieszczęśliwy wypadek” – nagłe, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące wyłączną i bezpośrednią przyczyną zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 11) „Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny” – nagłe, zewnętrzne, niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie ubezpieczeniowe przy udziale pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym będące bezpośrednią przyczyną obrażeń ciała Ubezpieczonego. Za nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny uznaje się również wypadek, w którym Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez jakikolwiek pojazd będący w ruchu;
- 12) „Ochrona ubezpieczeniowa” – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia i na zasadach określonych w niniejszych Warunkach (ubezpieczenie);
- 13) „Okres ubezpieczenia” – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia;
- 14) „Orzeczenie” – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu;

- 15) „**Pakiet podstawowy**” – jeden z 3 Pakietów podstawowych ubezpieczenia charakteryzujący się określonym zakresem ubezpieczenia oraz limitem wiekowym Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach danego Pakietu;
- 16) „**Pierwotny harmonogram spłat**” – dokument wystawiony dla danego Kredytobiorcy przez Kredytodawcę, sporządzony w dniu zawarcia Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu z Kredytobiorcą, w tym wskazujący wysokość salda zadłużenia po spłacie każdej z rat kredytu;
- 17) „**Pojazd**” – pojazd samochodowy, pojazd szynowy, ciągnik rolniczy, motorower, motocykl, rower, dopuszczony do ruchu lądowego oraz pojazd mechaniczny dopuszczony do ruchu wodnego lub powietrznego, na podstawie odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 18) „**Pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**” – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały i nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu będący następstwem nieszczęśliwego wypadku, wyrażony w dniach, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego;
- 19) „**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 w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN (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), podstawnokomórkowy 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 limfaticzna 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** – nagle w efekcie, trwale 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 wszczęcie 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 lub 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 lub 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;
- 20) „**Rata kredytu**” – kwota należna Kredytodawcy od Kredytobiorcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin wypłaty wskazane są w pierwotnym harmonogramie spłat. Rata kredytu obejmuje zarówno kapitał oraz odsetki należne do zapłaty oraz obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału, zgodnie z oprocentowaniem oraz na warunkach wskazanych w Umowie kredytu;
- 21) „**Saldo zadłużenia**” – całość zobowiązania Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy w danym dniu, wynikająca z Umowy kredytu, w wysokości wskazanej w pierwotnym harmonogramie spłat, obejmująca kapitał do spłaty, prowizje i inne opłaty naliczone w dniu zawarcia Umowy kredytu oraz odsetki umowne, z wyłączeniem odsetek karnych, obliczone od kwoty pozostałej do spłaty oraz naliczone od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, przy czym nie więcej niż za okres 30 dni;
- 22) „**Suma ubezpieczenia**” – kwota wskazana w niniejszych Warunkach służąca jako podstawa do wyliczenia wysokości świadczenia ubezpieczeniowego;
- 23) „**Składka**” – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonemu przeznaczona na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej 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 oraz 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. W rozumieniu niniejszych Warunków szpital nie oznacza: domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych, domów opieki pielęgniarskiej, hospicjów, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych, alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych,

N
K
AA
Kuz

sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, szpitali sanatoryjnych;

- 25) „**Status bezrobotnego**” – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 26) „**Świadczenie miesięczne**” – rodzaj świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub utraty pracy, którego wysokość równa jest jednej racie kredytu, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków;
- 27) „**Świadczenie ubezpieczeniowe**” – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 28) „**Trwałe częściowe inwalidztwo**” – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - a) wzroku w obu oczach, lub
 - b) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
- 29) „**Trwała i całkowita niezdolność do pracy**” – stan niesprawności będący następstwem nieszczęśliwego wypadku lub choroby, uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim orzeczeniem w rozumieniu niniejszych Warunków;
- 30) „**Ubezpieczający**” – Kredytodawca, Sygma Banque Société Anonyme Spółka Akcyjna Oddział w Polsce;
- 31) „**Ubezpieczony**” – Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych Warunków, na rachunek którego zawarto Umowę Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego z Ubezpieczycielem;
- 32) „**Ubezpieczyciel**” – odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania, pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Cardif Assurance Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w zakresie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, ubezpieczenia spłaty rachunków, ubezpieczenia gwarancji dochodu oraz na wypadek utraty pracy;
- 33) „**Ubezpieczenie spłaty rachunków**” – ubezpieczenie dostępne w ramach jednego z 3 Wariantów uzupełniających ubezpieczenia, polegające na wypłacie świadczenia uzupełniającego służącego spłacie stałych rachunków Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków;
- 34) „**Ubezpieczenie gwarancji dochodów**” – ubezpieczenie dostępne w ramach jednego z 3 Wariantów uzupełniających ubezpieczenia, polegające na wypłacie świadczenia uzupełniającego zabezpieczeniu finansowemu Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków;
- 35) „**Uposażony**” – osoba wskazana pisemnie przez Ubezpieczonego w formularzu Ubezpieczyciela udostępnionym mu przez Ubezpieczającego, uprawniona na podstawie niniejszych Warunków do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, w przypadku śmierci Ubezpieczonego, w tym śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, a także śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 36) „**Uprawniony**” – Ubezpieczający, Uposażony, Ubezpieczony lub inna osoba wskazana w niniejszych Warunkach, uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w niniejszych Warunkach;
- 37) „**Umowa kredytu**” – umowa o udzielenie kredytu, zawarta między Kredytodawcą a Kredytobiorcą na okres nie dłuższy niż 72 miesiące, określająca wysokość udzielonego kredytu, w tym wysokość oraz sposób obliczenia odsetek oraz warunki spłaty kredytu;
- 38) „**Umowa ubezpieczenia**” – odpowiednio Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie o indeksie Sygma/01 zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, regulująca udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci, trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie Sygma/02 zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym regulująca udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, ubezpieczenia spłaty rachunków, ubezpieczenia gwarancji dochodu oraz ryzyka utraty pracy. Umowy ubezpieczenia wskazane w zdaniu poprzednim zawarte zostały na podstawie niniejszych Warunków;
- 39) „**Utrata pracy**” – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego, rozumiane jako:
 - a) rozwiązanie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony (pod warunkiem, że termin wygaśnięcia umowy o pracę na czas określony jest późniejszy niż dzień spłaty ostatniej raty kredytu wskazany w pierwotnym harmonogramie spłat) z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego. Wypowiedzenie umowy o pracę powinno być sporządzone przez pracodawcę Ubezpieczonego z zachowaniem formy pisemnej. Z zakresu ochrony wyłączone są sytuacje utraty pracy, gdy Ubezpieczony otrzymał dokument wypowiedzenia ze wskazaną datą jego sporządzenia przed objęciem ochroną lub w okresie pierwszych 30 dni od objęcia ochroną ubezpieczeniową. Utrata pracy oznacza także ustanie stosunku służbowego w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - b) wyrejestrowanie działalności gospodarczej, spowodowanej przyczynami ekonomicznymi, tj.: uzyskiwaniem przez Ubezpieczonego strat finansowych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (ujemnego wyniku finansowego, liczonego jako różnica między przychodami a kosztami ich uzyskania) przez okres kolejnych 6 miesięcy w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- 40) „**Wariant uzupełniający**” – jeden z 3 wariantów uzupełniających ubezpieczenia dostępny wraz z Pakietem podstawowym ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami niniejszych Warunków, w ramach którego Ubezpieczony może wybrać ubezpieczenie spłaty rachunków albo ubezpieczenie gwarancji dochodu. Ubezpieczony wskazuje wybrane ubezpieczenie dostępne w ramach Wariantu uzupełniającego w Deklaracji zgody;
- 41) „**Wcześniejsza spłata**” – spłata przez Ubezpieczonego zadłużenia z tytułu Umowy kredytu przed dniem wskazanym w pierwotnym harmonogramie spłat jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu;
- 42) „**Wiek Ubezpieczonego**” – liczba stanowiąca wynik różnicy pomiędzy odpowiednio datą przystąpienia do Ubezpieczenia lub datą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub datą wygaśnięcia ochrony z tytułu Umowy ubezpieczenia lub inną datą niezbędną do właściwej realizacji postanowień Umowy ubezpieczenia, a datą urodzenia Ubezpieczonego;
- 43) „**Zdarzenie ubezpieczeniowe**” – zdarzenie wymienione w niniejszych Warunkach, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wniosku o wypłatę świadczenia;

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, zależnie od Pakietu podstawowego wybranego przez Ubezpieczonego w dniu przystąpienia do ubezpieczenia oraz od aktualnego wieku Ubezpieczonego:

Pakiet podstawowy 1 „Życie” obejmuje:

- a) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 18 do 60 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 65 lat:

- śmierć,

- trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
- b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 66 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwale częściowe inwalidztwo,
- c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku;

Pakiet podstawowy 2 „Życie i Zdrowie” obejmuje:

- a) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 18 do 60 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 65 lat:
 - śmierć,
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - poważne zachorowanie,
- b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 66 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwale częściowe inwalidztwo,
 - pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
- c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,

Pakiet podstawowy 3 „Życie i Praca” obejmuje:

- a) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 18 do 60 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 18 do 65 lat:
 - śmierć,
 - trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - utratę pracy,
 - b) dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet w grupie wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn w grupie wiekowej od 66 do 75 lat:
 - śmierć,
 - trwale częściowe inwalidztwo,
 - pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - c) dla Ubezpieczonych w grupie wiekowej od 76 do 99 lat:
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku,
 - śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego pod warunkiem, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła przed upływem 180 dni licząc od dnia zajścia tego wypadku.
3. Ubezpieczony ma możliwość, w dniu wystąpienia do ubezpieczenia, skorzystać z Wariantu uzupełniającego dodanego do danego rodzaju Pakietu podstawowego, wybierając jeden z Wariantów uzupełniających. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Wariantu uzupełniającego jest uzależniona od wybranego Pakietu podstawowego i wieku Ubezpieczonego, zgodnie z poniższymi:

Wariant uzupełniający 1 do Pakietu podstawowego 1 „Życie”:

- a) ubezpieczenie spłaty rachunków, albo
- b) ubezpieczenie gwarancji dochodu, w przypadku:
 - trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet z grupy wiekowej od 18 do 60 lat, a w przypadku mężczyzn z grupy wiekowej od 18 do 65 lat),
 - trwałego częściowego inwalidztwa (dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet z grupy wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn z grupy wiekowej od 66 do 75 lat),
 - śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dla Ubezpieczonych z grupy wiekowej od 76 do 99 lat);

Wariant uzupełniający 2 do Pakietu podstawowego 2 „Życie i Zdrowie”:

- a) ubezpieczenie spłaty rachunków, albo
- b) ubezpieczenie gwarancji dochodu, w przypadku:
 - poważnego zachorowania (dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet z grupy wiekowej od 18 do 60 lat, a w przypadku mężczyzn z grupy wiekowej od 18 do 65 lat),
 - trwałego częściowego inwalidztwa (dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet z grupy wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn z grupy wiekowej od 66 do 75 lat),
 - śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dla Ubezpieczonych z grupy wiekowej od 76 do 99 lat);

Wariant uzupełniający 3 do Pakietu podstawowego 3 „Życie i Praca”:

- a) ubezpieczenie spłaty rachunków, albo
 - b) ubezpieczenie gwarancji dochodu, w przypadku:
 - utraty pracy (dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet z grupy wiekowej od 18 do 60 lat, a w przypadku mężczyzn z grupy wiekowej od 18 do 65 lat),
 - trwałego częściowego inwalidztwa (dla Ubezpieczonych, w przypadku kobiet z grupy wiekowej od 61 do 75 lat, a w przypadku mężczyzn z grupy wiekowej od 66 do 75 lat),
 - śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (dla Ubezpieczonych z grupy wiekowej od 76 do 99 lat).
4. Kredytobiorca wybierając dany Pakiet podstawowy, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu wszystkich ryzyk dostępnych Kredytobiorcy w ramach danego Pakietu w zależności od jego wieku, natomiast wybierając Wariant uzupełniający zostaje objęty ochroną w ramach jednego wybranego ubezpieczenia dostępnego w ramach danego Wariantu uzupełniającego.

5. Kredytobiorca może być objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tylko jednego Pakietu podstawowego oraz, w przypadku wybrania Wariantu uzupełniającego, tylko jednym ubezpieczeniem dostępnym w ramach danego Wariantu uzupełniającego.
6. Kredytobiorca przystępując do ubezpieczenia oraz wybierając Pakiet podstawowy, w tym Wariant uzupełniający zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z danego Pakietu podstawowego i Wariantu uzupełniającego oraz właściwą dla grupy wiekowej, do której należy w dniu przystąpienia do ubezpieczenia. W przypadku, gdy w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony osiągnie wiek z następnej grupy wiekowej w ramach danego Pakietu podstawowego, w tym Wariantu uzupełniającego, wówczas automatycznie zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową właściwą tylko dla tej następnej grupy wiekowej.
7. W przypadku, gdy Umowa kredytu zawarta jest przez współkredytobiorców, każdemu z nich przysługuje prawo przystąpienia do ubezpieczenia oraz wyboru Pakietu podstawowego oraz Wariantu uzupełniającego dostępnego w ramach wybranego Pakietu podstawowego na zasadach wskazanych w ust. 3 niniejszego artykułu.

ART 3. WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba zawierająca Umowę kredytu, która w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, ma ukończony 18 rok życia i której wiek wraz z okresem kredytowania nie przekracza 99 lat, a także:
 - a) podpisała Deklarację zgody,
 - b) zawarła Umowę kredytu z Kredytodawcą w kwocie nieprzekraczającej 120.000 zł w przypadku Kredytów gotówkowych lub 200.000 zł w przypadku Kredytów gotówkowych konsolidacyjnych, lub gdy jej łączne zadłużenie na dzień przystąpienia do ubezpieczenia, z tytułu zawartych przez nią Umów kredytu z Kredytodawcą, przy których występuje jako Ubezpieczony na podstawie Umowy ubezpieczenia, nie przekracza 400.000 zł,
 - c) w przypadku, gdy Umowa kredytu jest zawierana przez Współkredytobiorców, do ubezpieczenia mogą przystąpić Współkredytobiorcy spełniający kryteria przystąpienia, o których mowa w niniejszym artykule, z zastrzeżeniem, że maksymalna liczba Ubezpieczonych w ramach jednej Umowy kredytu wynosi 2 osoby.
2. Ubezpieczony jest obciążony opłatą za objęcie go ubezpieczeniem na zasadach określonych w Umowie kredytowej.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu niżej wskazanym, jednak nie wcześniej niż w dniu zawarcia Umowy kredytu:
 - a) w dniu następnym po dniu przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
 - b) 30 dnia licząc od dnia następnego po dniu przystąpienia do ubezpieczenia w zakresie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania oraz utraty pracy.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami art. 9.
3. W przypadku wcześniejszej spłaty kredytu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej danemu Ubezpieczonemu do ostatniego dnia wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu, chyba, że Ubezpieczony złoży pisemne oświadczenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego, dotyczące rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
5. W przypadku odstąpienia od Umowy kredytu przez danego Ubezpieczonego, uznaje się że ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczęła się względem danego Ubezpieczonego. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą składkę Ubezpieczającemu na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - b) w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, lub poważnego zachorowania;
 - c) w ostatnim dniu okresu za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
 - d) w dniu wskazanym w Umowie kredytu jako data jej zakończenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku wcześniejszej spłaty kredytu przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej do ostatniego dnia wskazanego w pierwotnym harmonogramie spłat jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej;
 - e) w dniu w którym składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego za okres ustalony w Umowie ubezpieczenia oraz nie została przez niego wpłacona;
 - f) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z ubezpieczenia;
 - g) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w ostatnim dniu okresu za jaki została zapłacona składka przez Ubezpieczającego;
 - h) w dniu 99 urodzin Ubezpieczonego;

- w zależności od tego, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

ART 5. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Pakietu podstawowego lub Wariantu uzupełniającego w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. Rezygnacja przez Ubezpieczonego z Pakietu podstawowego jest równoznaczna z rezygnacją z Wariantu uzupełniającego.
3. Rezygnację uznaje się za skuteczną ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w trakcie którego Ubezpieczający otrzymał oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek należnych za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i wysokości wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji o warunkach zawartej Umowy ubezpieczenia oraz do wydania, przed podpisaniem przez Ubezpieczonego Deklaracji Zgody oraz obowiązujących Warunków.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do przyjmowania od Ubezpieczonego wszelkich dyspozycji związanych z Umową ubezpieczenia, do których upoważniony został przez Ubezpieczyciela, w tym do przyjmowania, od osób zgłaszających zdarzenie, formularzy zgłoszenia roszczenia wraz z dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkiej otrzymanej dokumentacji od osób zgłaszających zdarzenie, służącej ustaleniu podstaw do wypłaty świadczenia oraz dołączyć do niej Deklarację zgody i pierwotny harmonogram spłat, każdorazowo po otrzymaniu zgłoszenia zdarzenia ubezpieczeniowego, w trybie i na warunkach uzgodnionych z Ubezpieczycielem.



[Handwritten signatures and initials]

5. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych.
6. Ubezpieczający ma obowiązek przekazywać Ubezpieczonym informacje o zmianach Warunków, w sposób zwyczajowo przez niego przyjęty. W przypadku nie przekazania tych zmian, Ubezpieczający ponosi odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do terminowej wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym informacji i danych osób, jakie przekazał mu Ubezpieczający w związku z przystąpieniem Kredytobiorcy do ubezpieczenia, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do formularza zgłoszenia roszczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy zostali zgłoszeni do ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel ma obowiązek przekazywać, w razie konieczności, korespondencję dotyczącą ubezpieczenia na ostatni wskazany przez Ubezpieczonego adres do korespondencji zgłoszony przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu. W przypadku, gdy Ubezpieczony zmienił adres korespondencyjny, o czym nie powiadomił Ubezpieczającego, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel dostarczył korespondencję, ze skutkiem prawnym po 30 dniach od jej wysłania, wysyłając ją na ostatni podany przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu adres korespondencyjny.

ART 8. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony jest zobowiązany składać wniosek o przystąpienie do ubezpieczenia oraz formularz zgłoszenia roszczenia, na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
3. W przypadku wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub poważnego zachorowania, Ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej oraz zaleconemu przez lekarza leczeniu, w celu złagodzenia skutków zaistniałego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W celu ustalenia podstaw do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, na prośbę Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma obowiązek poddać się badaniom lekarskim w placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela oraz na koszt Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, pozyskane w ten sposób przez Ubezpieczyciela, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z ustaleniem zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia.

ART 9. SPOSÓB USTALANIA I OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania łącznej składki za wszystkich Ubezpieczonych objętych ochroną ubezpieczeniową.
2. Składka płatna jest jednorazowo z góry, za wszystkich Ubezpieczonych w terminie i na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
3. Składka z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej jest płatna na rachunek wskazany przez Ubezpieczyciela.
4. Dniem zapłaty składki jest dzień obciążenia rachunku bankowego Ubezpieczającego kwotą należnej składki.
5. Wysokość składki należnej za poszczególnego Ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia w ramach Pakietu podstawowego, obliczana jest jako wynik iloczynu miesięcznej stawki ubezpieczeniowej (wrażonej procentowo), kwoty kredytu oraz liczby miesięcy ochrony ubezpieczeniowej przysługującej z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
6. Wysokość składki należnej za poszczególnego Ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia w ramach Wariantu uzupełniającego, obliczana jest jako wynik iloczynu miesięcznej stawki ubezpieczeniowej (wrażonej kwotowo) oraz liczby miesięcy ochrony ubezpieczeniowej przysługującej z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
7. Wysokość stawki ubezpieczeniowej określona jest w Umowie ubezpieczenia.
8. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki, natomiast Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.
9. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą składkę Ubezpieczającemu, za niewykorzystany okres ochrony, na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania jest równa saldu zadłużenia z dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanemu w pierwotnym harmonogramie spłat, przy czym nie więcej niż 120.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych lub 200.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych konsolidacyjnych.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku lub utraty pracy, z zastrzeżeniem ust. 1, wynosi maksymalnie 48.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych lub 72.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych konsolidacyjnych.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony dokonał wcześniejszej spłaty kredytu ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana po tym dniu zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat, wysokość świadczenia z tytułu ochrony ubezpieczeniowej obliczana jest zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2 niniejszego artykułu.

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI, ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU, ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO, TRWAŁEGO CZĘŚCIOWEGO INWALIDZTWA, TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY ORAZ PÓWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 1.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Ubezpieczyciel wypłaci niezależnie od sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowe świadczenie w wysokości wskazanej w art. 10 ust. 1.

ART 12. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. W przypadku pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku danego Ubezpieczonego (trwającego nieprzerwanie 3 dni), Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne w kwocie odpowiadającej racie kredytu przypadającej do zapłaty po 3 dniach nieprzerwanego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu zgodnie z pierwotnym harmonogramem spłat.
2. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego okresu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, wskazanego w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne po każdym

30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w szpitalu, w kwocie odpowiadającej racie kredytu wskazanej w pierwotnym harmonogramie spłat oraz przypadającej do spłaty w czasie tych 30 dni.

3. Jeżeli kolejny pobyt w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, z powodu tych samych okoliczności, nastąpi przed upływem 30 dni, od dnia zakończenia poprzedniego pobytu w szpitalu, wówczas kolejny pobyt traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego zdarzenia, co skutkuje kontynuacją wypłaty świadczeń miesięcznych zgodnie z postanowieniami ust. 2 niniejszego artykułu, po pierwszych 30 dniach pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
4. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia miesięcznego z tytułu pobytu w szpitalu wynosi 4.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych lub 6.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych konsolidacyjnych.
5. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych z tytułu każdego pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, przy czym łącznie nie więcej niż 12 świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich przypadków pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku danego Ubezpieczonego.
6. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w zakresie pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku wygasa wobec danego Ubezpieczonego bez możliwości wznowienia z dniem wypłaty dwunastego świadczenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 5 niniejszego artykułu.

ART 13. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UTRATY PRACY

1. W przypadku utraty pracy, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie miesięczne po każdym 30 kolejnych dniach trwającego nieprzerwanie statusu bezrobotnego, za które Ubezpieczony pobrał zasiłek dla bezrobotnych, w kwocie odpowiadającej racie kredytu wskazanej w pierwotnym harmonogramie spłat przypadającej do spłaty w czasie tych 30 dni.
2. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia miesięcznego z tytułu utraty pracy wynosi 4.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych lub 6.000 złotych w przypadku Kredytów gotówkowych konsolidacyjnych.
3. Ubezpieczyciel wypłaci danemu Ubezpieczonemu nie więcej niż 6 świadczeń miesięcznych z tytułu każdego przypadku utraty pracy, przy czym łącznie nie więcej niż 12 świadczeń miesięcznych z tytułu wszystkich przypadków utraty pracy.
4. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana w zakresie utraty pracy wygasa bez możliwości wznowienia z dniem wypłaty dwunastego świadczenia miesięcznego, o którym mowa w ust. 3 niniejszego artykułu.
5. Ubezpieczony traci prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie utraty pracy z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do rent lub emerytury.

ART 14. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA SPŁATY RACHUNKÓW

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia spłaty rachunków wynosi 3.000 zł w całym okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku utraty pracy suma ubezpieczenia jest odnawiana w każdym dwunastu miesiącach ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia spłaty rachunków oraz w przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego albo poważnego zachorowania albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałego częściowego inwalidztwa, w zależności od rodzaju Pakietu podstawowego oraz Wariantu uzupełniającego, o których mowa w art. 2, wybranych przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie uzupełniające równe sumie ubezpieczenia wskazanej w ust. 1 niniejszego artykułu wraz z wypłatą świadczenia z tytułu ubezpieczenia w ramach Pakietu podstawowego.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia spłaty rachunków oraz w przypadku utraty pracy przez Ubezpieczonego w przypadku Pakietu podstawowego 3 oraz Wariantu uzupełniającego 3, o których mowa w art. 2, wybranych przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie uzupełniające w wysokości 500 zł po każdym 30 kolejnych dniach trwającego nieprzerwanie statusu bezrobotnego, przyznanego danemu Ubezpieczonemu, wraz z wypłatą świadczenia z tytułu ubezpieczenia w ramach Pakietu podstawowego, przy czym nie więcej niż 6 świadczeń uzupełniających z tytułu każdego przypadku utraty pracy, z zastrzeżeniem postanowień w ust. 4 niniejszego artykułu.
4. Pojedyncze świadczenie uzupełniające z tytułu ubezpieczenia spłaty rachunków wypłacane w przypadku utraty pracy nie może być wyższe niż dochód netto Ubezpieczonego z miesiąca poprzedzającego utratę pracy, pomniejszony o zasiłek dla bezrobotnych netto, zarazem nie wyższe niż 500 zł.

ART 15. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA GWARANCJI DOCHODU

1. Suma ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia gwarancji dochodów w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, poważnego zachorowania, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, trwałego częściowego inwalidztwa wynosi 12.000 zł, natomiast w przypadku utraty pracy wynosi 6.000 zł w każdym dwunastu miesiącach ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia gwarancji dochodów oraz w przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego albo poważnego zachorowania albo trwałej i całkowitej niezdolności do pracy albo trwałego częściowego inwalidztwa, w zależności od rodzaju Pakietu podstawowego oraz Wariantu uzupełniającego, o których mowa w art. 2, wybranych przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowe świadczenie uzupełniające równe sumie ubezpieczenia wskazanej w ust. 1 niniejszego artykułu wraz z wypłatą świadczenia z tytułu ubezpieczenia w ramach Pakietu podstawowego.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia gwarancji dochodów oraz w przypadku utraty pracy przez Ubezpieczonego w przypadku Pakietu podstawowego 3 oraz Wariantu uzupełniającego 3, o których mowa w art. 2, wybranych przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie uzupełniające w wysokości 1.000 zł po każdym 30 kolejnych dniach trwającego nieprzerwanie statusu bezrobotnego, przyznanego danemu Ubezpieczonemu, wraz z wypłatą świadczenia z tytułu ubezpieczenia w ramach Pakietu podstawowego, przy czym nie więcej niż 6 świadczeń uzupełniających z tytułu każdego przypadku utraty pracy, z zastrzeżeniem postanowień w ust. 4 niniejszego artykułu.
4. Pojedyncze świadczenie uzupełniające z tytułu ubezpieczenia gwarancji dochodów wypłacane w przypadku utraty pracy nie może być wyższe niż dochód netto Ubezpieczonego z miesiąca poprzedzającego utratę pracy, pomniejszony o zasiłek dla bezrobotnych netto, zarazem nie wyższe niż 1.000 zł.

ART 16. UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia wskazuje Kredytodawcę jako Uprawnionego do otrzymania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ustępów 2 i 3 niniejszego artykułu.
2. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz w przypadku wypłaty świadczenia podczas kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej po wcześniejszej spłacie (przy czym wyłącznie z tytułu śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz z tytułu ubezpieczenia spłaty rachunków lub z tytułu ubezpieczenia gwarancji dochodu) należne świadczenie wypłacone zostanie Uposażonemu innemu niż Kredytodawca, wskazanemu przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody.
3. W przypadku, gdy ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana jest mimo wcześniejszej spłaty kredytu przez Ubezpieczonego oraz w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania lub utraty pracy, trwałego częściowego inwalidztwa, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, a także świadczenie uzupełniające z tytułu

- ubezpieczenia spłaty rachunków lub z tytułu ubezpieczenia gwarancji dochodu, w przypadku jego należności, wypłacone zostanie Ubezpieczonemu.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane Uposażonym w częściach proporcjonalnych do procentowych udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym, wskazanym pisemnie przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody. W przypadku braku wskazania udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym dla poszczególnych Uposażonych, przyjmuje się, że udziały są równe.
 5. W przypadku udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym, o których mowa w ust. 4 niniejszego artykułu, nie sumujących się do 100%, świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane Uposażonym w częściach proporcjonalnych do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
 6. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego albo Uposażony nie żyje, świadczenie o którym mowa w ust. 2 niniejszego artykułu wypłacone zostanie następującym osobom, w kolejności:
 - a) małżonkowi Ubezpieczonemu;
 - b) dzieciom Ubezpieczonemu w równych częściach - w przypadku braku osoby wskazanej w pkt a) niniejszego ustępu, lub gdy osoba ta nie żyje lub utraciła prawa do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) rodzicom Ubezpieczonemu w równych częściach - w przypadku braku osób wymienionych w pkt a)-b) niniejszego ustępu, lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego;
 - d) prawnym spadkobiercom Ubezpieczonemu z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonemu i Skarbu Państwa - w przypadku braku osób wymienionych w pkt a)-c) niniejszego ustępu lub gdy osoby te nie żyją lub utraciły prawo do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.
 7. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje osobie wskazanej w ust. 6 niniejszego artykułu, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonemu. W sytuacji opisanej w zadaniu poprzednim, udział w świadczeniu przysługujący tej osobie wypłacony zostanie pozostałym osobom na zasadach opisanych w ust. 6 niniejszego artykułu.

ART 17. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, osoba zgłaszająca roszczenie powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim formularzu zgłoszenia roszczenia, przygotowanym przez Ubezpieczyciela, a udostępnionym przez Ubezpieczającego oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę świadczenia były oryginałami lub odpisami lub były poświadczane za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Ubezpieczającego lub przez uprawniony do tego organ. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wskazane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczane przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. W terminie 7 dni, od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela wypełnionego formularza, 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.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, od dnia otrzymania formularza zgłoszenia roszczenia.
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 lub przysługuje w innej wysokości niż określona we wniosku o wypłatę świadczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą roszczenie, w terminie przewidzianym w ust. 4 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 osobie zgłaszającej zdarzenie, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie daną osobę przekazując pisemną informację o wypłacie świadczenia ubezpieczeniowego.
8. Wypłata świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy właściwego Uprawnionego.
9. Podstawą do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego jest przekazanie przez Ubezpieczającego kopii Deklaracji zgody wraz z kopią pierwotnego harmonogramu spłat (z uwzględnieniem salda zadłużenia oraz odsetek, o których mowa w art. 1 pkt 21) oraz dołączenie, do wniosku o wypłatę świadczenia przez osobę zgłaszającą zdarzenie, następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - a) w przypadku śmierci:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonemu;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci Ubezpieczonemu (karta zgonu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - b) w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonemu;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci Ubezpieczonemu (karta zgonu);
 - 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);
 - c) w przypadku śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego:
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonemu;
 - zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu);
 - dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego);
 - dokument potwierdzający uprawnienia do kierowania pojazdem (np. prawo jazdy), w przypadku, gdy Ubezpieczony kierował pojazdem;
 - dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego, (nie ma zastosowania do wypadku gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez pojazd wskazany w art. 1 pkt 17 będący w ruchu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

- d) w przypadku **trwałego częściowego inwalidztwa**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca trwale uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - a) wzroku w obu oczach, lub
 - b) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek,
 - 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);
- e) w przypadku **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
- odpowiednie orzeczenie w rozumieniu niniejszych Warunków;
 - dokument określający przyczynę niezdolności do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący zajście nieszczęśliwego wypadku jak raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku, gdy nieszczęśliwy wypadek był przyczyną zdarzenia);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- f) w przypadku **pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (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 (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- g) w przypadku **poważnego zachorowania**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- h) w przypadku **utraty pracy**:
- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia;
 - Umowa o pracę zawarta na czas nieokreślony lub określony;
 - oświadczenie o rozwiązaniu stosunku pracy przez pracodawcę Ubezpieczonego zawierające datę sporządzenia tego dokumentu lub dokument potwierdzający wyrejestrowanie prowadzonej przez Ubezpieczonego działalności z ewidencji działalności gospodarczej wraz z dokumentem potwierdzającym odnotowanie ujemnego wyniku finansowego przez okres 6 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu zasiłek dla bezrobotnych;
 - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych wraz z określeniem kwoty pobranego zasiłku dla bezrobotnych;
 - dochód netto Ubezpieczonego w miesiącu, za który przysługuje świadczenie uzupełniające, w przypadku gdy Ubezpieczony był objęty ochroną z tytułu jednego z dostępnych mu Wariantów uzupełniających;
 - 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 w ramach uznania podstaw do wypłaty świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku albo utraty pracy, osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku **pobytu w szpitalu w skutek nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b) w przypadku **utraty pracy**:
 - dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych określający kwotę pobranego zasiłku dla bezrobotnych;
 - dokument potwierdzający, że przez 30 kolejnych dni Ubezpieczony posiadał status bezrobotnego.

ART 18. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **śmierci Ubezpieczonego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 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 niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - d) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
2. W przypadku **śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - a) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - b) 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,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela
 - f) 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,
 - g) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - h) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - i) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.

[Handwritten signatures and initials]

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 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,
 - aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - 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,
 - zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - 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, pletwonurkowanie, szymbownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
4. W przypadku wystąpienia **trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 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,
 - aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - następstwami i konsekwencjami wypadków zaistniałych przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela,
 - 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,
 - zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - praktyk chirurgicznych rozumianych jako operacje plastyczne lub operacje kosmetyczne, za wyjątkiem operacji chyba że miały związek z nieszczęśliwym wypadkiem lub choroby będących przyczyną zajścia zdarzenia,
 - popelnieniem lub usiłowaniem popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
5. W przypadku **trwałego częściowego inwalidztwa**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 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,
 - aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - 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,
 - zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - praktyk chirurgicznych rozumianych jako operacje plastyczne lub operacje kosmetyczne, za wyjątkiem operacji chyba że miały związek z nieszczęśliwym wypadkiem lub choroby będących przyczyną zajścia zdarzenia,
 - popelnieniem lub usiłowaniem popelnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
6. W przypadku **pobytu w szpitalu wskutek nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 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,
 - aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,



- f) 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,
 - g) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - h) 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, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,
 - i) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - j) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - k) praktyk chirurgicznych rozumianych jako operacje plastyczne lub operacje kosmetyczne, za wyjątkiem operacji chyba że miały związek z nieszczęśliwym wypadkiem lub choroby będących przyczyną zajścia zdarzenia.
7. W przypadku **poważnego zachorowania**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
- a) 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,
 - b) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - c) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - d) 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,
 - e) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS,
 - f) popełnieniem lub usiłowaniu popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
8. W przypadku **utruty pracy**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło wskutek następujących okoliczności:
- a) Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie umowy o pracę ze wskazanym dniem sporządzenia tego wypowiedzenia przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową lub w okresie pierwszych 30 dni od dnia objęcia ubezpieczeniem,
 - b) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez ubezpieczonego,
 - c) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron,
 - d) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy,
 - e) utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia stosunku pracy pracodawcy z ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego na czas określony krótszy niż Umowa kredytu.

ART 19. ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW LUB UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany Warunków, w szczególności w przypadku:
 - a) zmiany przepisów prawa dotyczących obciążeń na rzecz Skarbu Państwa lub instytucji związanych z zabezpieczeniem społecznym;
 - b) zmiany przepisów prawa dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia;
 - c) decyzji lub zaleceń wydanych przez organ nadzoru wiążących Ubezpieczyciela;
 - d) odnotowania ujemnego wyniku technicznego przez Ubezpieczyciela;
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do doręczenia Ubezpieczającemu, na 60 dni przed planowanym dniem wprowadzenia zmian, nowego tekstu Warunków, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do rozwiązania Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia otrzymania nowego tekstu Warunków.
3. Zmiany wprowadzonego do nowego tekstu Warunków, o których mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, wiążą Ubezpieczonego, po upływie 14 dni licząc od dnia doręczenia Ubezpieczonemu nowego tekstu Warunków, o ile w tym terminie Ubezpieczony nie zrezygnował z ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia w trybie i na warunkach opisanych w niniejszym artykule, strony Umowy ubezpieczenia są zobowiązane poinformować o tym fakcie Ubezpieczonych oraz o terminie wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanym w art. 4.

ART 20. 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 2000r 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 21. 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 do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego złożonej skargi lub zażalenia, przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych.

ART 22. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia wynikające ze stosunku ubezpieczenia mogą być wytoczone przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby wnoszącego roszczenie.

[Handwritten signatures and initials]

ART 23. 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.

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa, NIP 525-20-30-109,
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000048866
Kapitał akcyjny wynosi 30 000 000 zł i jest w pełni opłacony

Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa, NIP 526-25-57-344
Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000026002
Kapitał zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego,
który utworzył oddział, wynosi 12 480 000 euro i jest w pełni opłacony

