



## Warunki Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart (INDEKS WU/01KK)

### Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart (indeks WU/01KK) zwane dalej WU/01KK, mają zastosowanie:

- do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart (Polisa Nr MERITUM/03), zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie CARDIF Polska S.A. a Meritum Bankiem ICB S.A., na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko śmierci Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania i czasowej niezdolności do pracy oraz
- do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart na Wypadek Utraty Pracy (Polisa Nr MERITUM/04), zawartej pomiędzy CARDIF Assurance Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Meritum Bankiem ICB S.A., na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczającego zwalnia Ubezpieczonych albo ich spadkobierców od obowiązku spłaty ciążących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zadłużenia na rachunku karty w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień poniższych.

2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową następuje na zasadach określonych w Art. 808 kodeksu cywilnego.

3. Użyte w niniejszych WU/01KK określenia oznaczają:

- 1) **aktywacja karty** - zmiana statusu karty z nieaktywnej na aktywną na prośbę Posiadacza karty lub Użytkownika karty, dokonana w sposób zwyczajowo przyjęty przez Ubezpieczającego, określony w Regulaminie karty;
- 2) **czasowa niezdolność do pracy** - trwająca co najmniej 30 dni niemożność świadczenia dotychczasowej pracy przez Ubezpieczonego potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, w wyniku którego Ubezpieczony nabywa uprawnienie do pobierania wynagrodzenia za okres choroby lub zasiłku chorobowego, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszych WU/01KK;
- 3) **Deklaracja Ubezpieczeniowa** - oświadczenie Banku i Posiadacza Karty / Użytkownika karty dotyczące objęcia Posiadacza karty / Użytkownika karty ochroną ubezpieczeniową;
- 4) **karta** - karta wydana Posiadaczowi karty (karta podstawowa) lub karta wydana Użytkownikowi karty (karta dodatkowa), na podstawie Umowy o kartę, z tytułu posiadania której Posiadacz karty oraz Użytkownik karty został objęty ochroną ubezpieczeniową;
- 5) **leczenie szpitalne w następstwie nieszczęśliwego wypadku (zwane dalej leczeniem szpitalnym NNW)** - niezdolność do pracy Ubezpieczonego spowodowana leczeniem w szpitalu następstw nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona dokumentacją leczenia szpitalnego, trwająca co najmniej 7 dni, liczone jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do szpitala, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszych WU/01KK;
- 6) **minimalna wymagana miesięczna spłata** - część kwoty zadłużenia z tytułu dokonanych operacji oraz opłaty, prowizje i odsetki, które Bank wymaga do zapłaty, w wysokości i terminie wskazanym na zestawieniu operacji;
- 7) **nieszczęśliwy wypadek** - oznacza zdarzenie powstałe wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- 8) **okres promocji** - okres, w którym Posiadacze kart oraz Użytkownicy kart są objęci ochroną ubezpieczeniową, nie ponosząc w tym czasie kosztów ochrony, a Ubezpieczający nie jest zobowiązany do zapłaty składki w tym okresie;
- 9) **Posiadacz karty** - osoba fizyczna, której Bank wydał kartę na podstawie Umowy o kartę, dokonująca w swoim imieniu i na swoją rzecz operacji, określonych w Umowie o kartę oraz regulaminie kart;
- 10) **poważne zachorowanie** - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszych WU/01KK:
  - zawał serca - pierwszy w życiu Ubezpieczonego przypadek martwicy części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na łącznym wystąpieniu typowych objawów: bóle klatki piersiowej, świeże zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz znacznie zwiększony poziom enzymów sercowych we krwi,
  - udar mózgu - nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu, a także udary mózgu spowodowane urazami,
  - niewydolność nerek - schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek,
  - nowotwór (rak) - guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzony badaniem

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner.

histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry,

- chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych,
  - przeszczep narządów - zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą, a zabieg wykonywany jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantacyjnego;
- 11) **rachunek karty** – prowadzony przez Ubezpieczającego rachunek Ubezpieczonego, na którym rozliczane są operacje dokonane przy użyciu karty;
  - 12) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** - stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony zaświadczeniem wydanym przez lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej na okres co najmniej 5 lat z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszych WU/01KK;
  - 13) **Ubezpieczający - Bank** – Meritum Bank ICB S.A.;
  - 14) **Ubezpieczony** – osoba objęta ubezpieczeniem, będąca Posiadaczem lub Użytkownikiem karty wydanej przez Meritum Bank ICB S.A.;
  - 15) **Ubezpieczyciel** - w przypadku śmierci Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, poważnego zachorowania i czasowej niezdolności do pracy - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF Polska S.A., w przypadku utraty pracy - CARDIF Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce;
  - 16) **Umowa o kartę** - umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Posiadaczem karty regulująca wydanie oraz użytkowanie karty;
  - 17) **Uposażony** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego;
  - 18) **Uprawniony** – osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego, wskazana w Deklaracji Ubezpieczeniowej;
  - 19) **Utrata pracy** – zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych z Ubezpieczonym na czas nieokreślony, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszych WU/01KK;
  - 20) **Użytkownik karty** - osoba fizyczna, wskazana przez Posiadacza karty w Umowie o kartę, upoważniona przez Posiadacza karty do użytkowania kart dodatkowych;
  - 21) **Wiek** – liczba lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Posiadacza karty;
  - 22) **Zadłużenie** – suma zobowiązań Posiadacza karty wobec Banku, wynikająca z operacji dokonanych przy użyciu karty wydanej do jego rachunku karty oraz odsetek, prowizji i opłat należnych Bankowi z tytułu używania karty;
  - 23) **Zestawienie operacji** – wykaz wszelkich operacji na rachunku karty, sporządzony za dany okres rozliczeniowy przez Ubezpieczającego w sposób zwyczajowo przez niego przyjęty, uwzględniający dodatkowo wszelkie opłaty, prowizje i odsetki pobrane przez Ubezpieczającego;
  - 24) **Zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 13 niniejszych WU/01KK.

## Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. W zależności od zakresu ochrony ubezpieczeniowej wybranej przez Ubezpieczonego Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
  - Opcja 1) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz leczenie szpitalne NNW,
  - Opcja 2) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, leczenie szpitalne NNW oraz w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego:
    - a) utrata pracy - w odniesieniu do Posiadaczy karty zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony,
    - b) czasowa niezdolność do pracy - w odniesieniu do Posiadaczy karty, którzy prowadzą działalność gospodarczą (indywidualnie lub w formie spółki osobowej) lub są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony albo wykonują działalność zarobkową w innej formie (z wyłączeniem źródeł przychodów opisanych w pkt a) i c)
    - c) poważne zachorowanie - w odniesieniu do Posiadaczy karty, którzy uzyskują przychody z tytułu emerytury, renty lub innych źródeł oraz nie uzyskują przychodów z tytułu źródeł opisanych w pkt a) i pkt b)
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń Rozdziału 13, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 7.

## Rozdział 3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową.

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, spełniająca poniższe warunki:
  - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o kartę, w ramach której limit zadłużenia na karcie nie przekracza 30.000 PLN

*Handwritten signature and initials:*  
K  
100  
Ubezpiecz  
24

- 2) złożyła oświadczenia zawarte w Deklaracji Ubezpieczeniowej,
  - 3) jej wiek nie przekracza 75 lat,
  - 4) w przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania w trakcie trwania Umowy o kartę, złożyła pisemnie lub telefonicznie oświadczenie o stanie zdrowia,
2. Objęcie ubezpieczeniem osoby, której w ramach umowy(ów) o kartę udzielono kredytu(ów) o wyższej łącznej kwocie limitu zadłużenia niż 30.000 zł wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie, z zastrzeżeniem, że ograniczenie dotyczy wyłącznie kredytów udzielonych w ramach obowiązujących umów o kartę, przy zawieraniu których Posiadacz karty został objęty ubezpieczeniem.
3. W przypadku Posiadacza karty, o których mowa w ust. 2, w celu akceptacji ryzyka, Ubezpieczyciel może żądać wypełnienia przez Posiadacza karty kwestionariusza medycznego lub przeprowadzenia badania lekarskiego w zakresie niezbędnym do oszacowania ryzyka.

#### Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
  - 1) w przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW: w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową, czyli zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy o kartę lub w dniu wpływu do Banku pisemnego lub telefonicznego wniosku o objęcie ochroną (w przypadku składania wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania Umowy o kartę), z zastrzeżeniem Rozdziału 5 ust 4,
  - 2) w przypadku ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania: dziewięćdziesiątego dnia po dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową czyli zawarcia przez Ubezpieczonego Umowy o kartę lub dziewięćdziesiątego dnia po dniu wpływu do Banku pisemnego lub telefonicznego wniosku o objęcie ochroną (w przypadku składania wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową w trakcie trwania Umowy o kartę).
3. W przypadku, gdy po dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Opcji 2, której zakres został określony w Rozdziale 2, następuje zmiana statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na taki, który powoduje zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej, przez kolejne 90 dni od dnia takiej zmiany statusu zatrudnienia udzielana jest ochrona na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW oraz poważnego zachorowania. Po tym okresie przysługuje ochrona na zasadach opisanych w Rozdziale 2 w zależności od aktualnego statusu zatrudnienia.

#### Rozdział 5. Rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej w trakcie trwania Umowy o kartę.

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że za dzień złożenia rezygnacji przyjmuje się dzień wpływu rezygnacji do Banku.
2. Wniosek o rezygnację z ochrony Ubezpieczony zobowiązany jest złożyć w formie pisemnej na adres Banku. Potwierdzeniem przyjęcia wniosku o rezygnację będzie brak obciążenia kosztem z tego tytułu na zestawieniu operacji oraz brak odprowadzenia składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową danego Ubezpieczonego.
3. Skuteczne odstąpienie od Umowy o kartę jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku gdy Posiadacz karty złoży pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia Umowy o kartę będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.

#### Rozdział 6. Sumy ubezpieczenia.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej równa jest:
  - 1) kwocie zadłużenia na dzień sporządzenia pierwszego zestawienia operacji po wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną, z wyłączeniem operacji dokonanych po dniu zdarzenia, oraz
  - 2) kwocie operacji dokonanych przed dniem zdarzenia a uwidocznionych w kolejnych zestawieniach operacji, sporządzonych po dniu zdarzenia.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 niniejszego Rozdziału, nie może przekroczyć:
  - 1) średniej kwoty zadłużenia określonej w zestawieniu operacji w ciągu sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia,
  - 2) kwoty limitu kredytowego przyznanego przez Ubezpieczającego w ramach Umowy o kartę, z zastrzeżeniem, że punkt 1) nie dotyczy zgonu będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek utraty pracy, czasowej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW równa jest maksymalnie sześciokrotności ostatniej minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, której termin spłaty upłynął przed datą zdarzenia i której wysokość określona jest w zestawieniu operacji.

#### Rozdział 7. Wysokość świadczeń.

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Rozdziale 6 ust. 1, obliczanej na dzień śmierci Ubezpieczonego.
2. W razie uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej w Rozdziale 6 ust. 1, obliczanej na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności. Ubezpieczyciel nie ponosi

*KK*  
*Kee*  
*Dy*  
*12/16*

- jednak odpowiedzialności, jeżeli w pierwszym dniu niezdolności do pracy Ubezpieczony nie prowadził działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
3. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w Rozdziale 6 ust. 1. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
  4. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w razie leczenia szpitalnego NNW równe jest kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, określonej przez Bank w zestawieniu operacji, przypadającej do zapłaty w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w zestawieniu operacji, z zastrzeżeniem, że kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, której termin płatności przypadał bezpośrednio przed datą rozpoczęcia leczenia szpitalnego NNW.
  5. Łączna liczba świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 4, w ciągu każdych kolejnych 36 miesięcy ochrony, nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (pobyków w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
  6. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 4 i 5, przestaje być wypłacane począwszy od:
    - 1) dnia, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat,
    - 2) pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu.
  7. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w razie utraty pracy równe jest kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, określonej przez Bank w zestawieniu operacji, przypadającej do zapłaty nie wcześniej niż po 30 kolejnych dniach od daty uzyskania przez Ubezpieczonego uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w zestawieniu operacji, z zastrzeżeniem, że kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć średniej wielkości minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty z sześciu okresów rozliczeniowych bezpośrednio poprzedzających wystąpienie zdarzenia.
  8. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 7, w ciągu każdych kolejnych 36 miesięcy ochrony, nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (utrata pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
  9. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 7 i 8, 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 lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
    - 2) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia,
    - 3) pierwszego dnia po dniu wygaśnięcia prawa Ubezpieczonego do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
    - 4) dnia, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat.
  10. Świadczenie miesięczne Ubezpieczyciela w razie czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, określonej przez Bank w zestawieniu operacji, przypadającej do zapłaty nie wcześniej niż po 30 kolejnych dniach nieprzerwanej nieobecności w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w zestawieniu operacji, z zastrzeżeniem, że kwota świadczenia miesięcznego nie może przekroczyć kwoty minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, której termin płatności przypadał bezpośrednio przed datą rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy.
  11. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 10, w ciągu każdych kolejnych 36 miesięcy ochrony, nie może przekroczyć sześciu, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
  12. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 10 i 11, 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 lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
    - 2) pierwszego dnia po zakończeniu czasowej niezdolności do pracy,
    - 3) dnia, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat.
  13. Jeżeli nawrót czasowej 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. 10-12, przypadającego na okres kolejnej czasowej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
  14. Jeżeli nawrót czasowej 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. 10-12, przypadających na okres kolejnej czasowej niezdolności do pracy po upływie kolejnych 30 dni czasowej niezdolności do pracy.
  15. W przypadku zajścia zdarzenia 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 przy najbliższym rozliczeniu składek.

#### **Rozdział 8. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.**

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową wypłacane są Uposażonemu lub Uprawnionemu.
2. Wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z odpowiednimi dokumentami, Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po powzięciu wiadomości o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel rozpatruje i wypłaca świadczenie najpóźniej w ciągu 30 dni od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia wraz ze wszystkimi niezbędnymi dokumentami. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazałoby się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione

*Handwritten signatures and initials:*  
JK  
K  
Dh

w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W celu rozpatrzenia roszczenia i wypłaty świadczenia wymagane jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:

1) w przypadku zgonu:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu śmierci – dostarcza Ubezpieczający,
- f) informacja o średniej wielkości zadłużenia z sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia – dostarcza Ubezpieczający,
- g) inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),

2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub innego właściwego organu uprawnionego do orzekania o niezdolności do pracy, określające stan zdrowia ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy (wydane na okres co najmniej 5 lat),
- c) zaświadczenie o prowadzeniu działalności przynoszącej dochód lub o uzyskiwaniu wynagrodzenia z tytułu umowy o pracę na dzień wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem,
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia lub orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
- f) informacja o średniej wielkości zadłużenia z sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia – dostarcza Ubezpieczający,
- g) inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

3) w przypadku leczenia szpitalnego NNW:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
- c) raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku,
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) informacja o kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty przypadającej do zapłaty bezpośrednio przed datą rozpoczęcia leczenia szpitalnego NNW oraz w miesiącu, w którym miał miejsce pobyt w szpitalu – dostarcza Ubezpieczający,
- f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

4) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:

4.1) każdorazowo po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy:

- a) pisemne 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) zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas określony, w dniu wystąpienia zdarzenia,
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
- f) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:
- g) dowody wypłat zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za czas choroby,
- h) informacja o kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty przypadającej do zapłaty bezpośrednio przed datą rozpoczęcia czasowej niezdolności do pracy oraz w okresie czasowej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający.

5) w przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
- c) zaświadczenie lub oświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
- d) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
- e) informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania – dostarcza Ubezpieczający,
- f) informacja o średniej wielkości zadłużenia z sześciu okresów rozliczeniowych poprzedzających wystąpienie zdarzenia – dostarcza Ubezpieczający,
- g) inne dokumenty wskazane pisemnie przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),

6) w przypadku utraty pracy:

6.1) każdorazowo po utracie pracy:

- a) pisemne zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- c) zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego i prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych wraz z datą od kiedy zasiłek przysługuje,

Kik  
Wypł  
Dy

- d) kopia ostatniej umowy o pracę,
  - e) Deklaracja Ubezpieczeniowa – dostarcza Ubezpieczający,
  - f) Informacja o średniej wielkości minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty z sześciu okresów rozliczeniowych bezpośrednio poprzedzających wystąpienie zdarzenia,
  - g) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia;
- 6.2) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego
- a) dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty,
  - b) informacja o kwocie minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty przypadającej do zapłaty w okresie pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku dla bezrobotnych.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz zgłaszającego roszczenie na piśmie, w terminie o którym mowa w ust. 3, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm) oraz ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.)

#### Rozdział 9. Składki.

1. Z tytułu zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w wysokości i terminach przewidzianych w Umowie Ubezpieczenia.
2. Składki z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową naliczane są raz w miesiącu, z góry za następny miesiąc.
3. Pierwsza składka z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową należna jest:
  - 1) w przypadku osób objętych ochroną w okresie promocji, o której mowa w Rozdziale 10 - od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po upływie okresu promocji,
  - 2) w przypadku osób objętych ochroną po upływie okresu promocji, o której mowa w Rozdziale 10 - od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po dniu objęcia ochroną.
4. Składka ubezpieczeniowa przestanie być płacona w miesiącu następującym po miesiącu, w którym odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa.
5. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których została opłacona składka należna za miesiąc poprzedzający zajście zdarzenia.

#### Rozdział 10. Promocja.

Posiadacze karty, którzy zawarli Umowę o kartę i wnioskowali o objęcie ubezpieczeniem zostaną objęci w ramach promocji ubezpieczeniem na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego NNW. Okres promocji trwać będzie dwa miesiące (okresy rozliczeniowe) liczone od dnia zawarcia Umowy o kartę.

#### Rozdział 11. Obowiązki Ubezpieczonego.

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

#### Rozdział 12. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonego:

1. ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 75 lat,
2. w ostatnim dniu miesiąca, w którym Bank lub Ubezpieczony wypowiedział Umowę o kartę,
3. w przypadku nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego,
4. w ostatnim dniu miesiąca, w którym nastąpiło złożenie przez Ubezpieczonego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia,
5. w dniu zgonu Ubezpieczonego,
6. w dniu wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania lub z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
7. w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury lub renty z ubezpieczenia społecznego.

*Handwritten signature and initials:*  
K  
GA  
L  
D  
S

### Rozdział 13. Wyłączenia odpowiedzialności.

1. W przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, leczenia szpitalnego NNW, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania 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 ochroną ubezpieczeniową,
  - 2) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
  - 3) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
  - 4) następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na wypadek zdarzenia będącego podstawą do zgłoszenia roszczenia,
  - 5) nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony,
  - 6) urlopem macierzyńskim oraz stanem ciąży, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
  - 7) umyślnym samookałeczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
2. W przypadku ubezpieczenia na wypadek utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku gdy:
  - 1) utrata pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty objęcia ubezpieczeniem,
  - 2) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego na wniosek Ubezpieczonego,
  - 3) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron w rozumieniu przepisów prawa pracy,
  - 4) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów prawa pracy,
  - 5) utrata pracy nastąpiła w wyniku zakończenia stosunku pracy lub stosunku służbowego pracodawcy z Ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony.

### Rozdział 14. Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z Umowy Ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

### Rozdział 15. Postanowienia końcowe.

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., CARDIF Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Nowogrodzka 11, 00-513 Warszawa.
2. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
3. 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.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU/01KK mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego, Kodeksu Pracy i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy.