

Załącznik Nr 1. do Aneksu

Załącznik Nr 4. do Umowy o indeksie MERITUM/09 oraz do Umowy o indeksie MERITUM/10 z dnia 29 lipca 2013 r.



**CARDIF**

A BNP PARIBAS company

## WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW (INDEKS WU/M/03)

### Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Niniejsze Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (indeks WU/M/03), zwane dalej „WU” mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie MERITUM/09, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Meritum Bank ICB S.A., na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania Ubezpieczonego oraz do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Na Wypadek Utraty Pracy o indeksie MERITUM/10 zawartej z Meritum Bank ICB S.A. przez Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko utraty pracy. Wypłata świadczenia przez Ubezpieczyciela na rzecz Ubezpieczającego zwalnia Ubezpieczonych albo ich spadkobierców od obowiązku spłaty ciężących na nich zobowiązań finansowych z tytułu zaciągniętego kredytu w kwocie świadczenia, z zastrzeżeniem poniższych postanowień.

Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (Polisa nr MERITUM/09) oraz Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Wypadek Utraty Pracy (Polisa nr MERITUM/10) w dalszej części WU zwane są łącznie „Umową ubezpieczenia”.

2. Użyte w niniejszych WU określenia oznaczają:

- 1) **Ubezpieczyciel** – odpowiednio Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie CARDIF Polska S.A. albo Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce;
- 2) **Ubezpieczający** – Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna;
- 3) **Ubezpieczony** – osoba objęta ubezpieczeniem, będąca Kredytobiorcą;
- 4) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego;
- 5) **Uprawniony** – Ubezpieczony lub osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego;
- 6) **Kredytobiorca** – Ubezpieczony, któremu Ubezpieczający udzielił kredytu/pożyczki;
- 7) **Kredyt** – kredyt udzielony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu (tj. Kredyt gotówkowy i kredyt gotówkowy przeznaczony częściowo na spłatę zobowiązań finansowych);
- 8) **Pożyczka** – pożyczka udzielona Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy pożyczki (tj. Biznes pożyczka);
- 9) **Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową** – oświadczenie Banku i Kredytobiorcy dotyczące objęcia Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową, zawarte w umowie kredytu;
- 10) **ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielona przez Ubezpieczyciela na warunkach umowy ubezpieczenia oraz niniejszych WU, w razie zajścia zdarzeń w nich przewidzianych;
- 11) **okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, równy:
  - a) okresowi na jaki została zawarta Umowa kredytu - w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi do 36 miesięcy lub
  - b) okresowi określonemu w Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, jeżeli okres ubezpieczenia jest krótszy od okresu, na który została zawarta Umowa kredytu, równy:
    - 24 miesiącom – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 25 miesięcy do 120 miesięcy,
    - 36 miesiącom – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 37 miesięcy do 120 miesięcy,
  - c) okresowi trwania Umowy kredytu, w przypadku Kontynuacji ubezpieczenia, o której mowa w pkt 12.

*Handwritten signature and initials.*

Łączny okres ochrony, o której mowa w pkt a-c, powyżej nie może przekroczyć 120 miesięcy.

- 12) **Kontynuacja ubezpieczenia** – okres świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego trwający maksymalnie do końca trwania Umowy kredytowej. W przypadku objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach Kontynuacji ubezpieczenia wymagane jest zachowanie ciągłości w stosunku do Pierwotnego okresu ubezpieczenia. Kontynuacja ubezpieczenia jest możliwa wyłącznie po uzyskaniu uprzedniej Zgody Ubezpieczonego na kontynuację ubezpieczenia.
- 13) **Pierwotny okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, wskazany w Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, równy:
  - a) okresowi na jaki została zawarta Umowa kredytu - w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi do 36 miesięcy,
  - b) 24 miesiącom – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 25 miesięcy do 120 miesięcy,
  - c) 36 miesiącom – w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 37 miesięcy do 120 miesięcy,Łączny okres ochrony, o której mowa w pkt.a,b,c, powyżej nie może przekroczyć 120 miesięcy.
- 14) **Zgoda Ubezpieczonego na kontynuację ubezpieczenia** – oświadczenie Ubezpieczonego złożone Ubezpieczającemu najpóźniej na 14 dni przed końcem Pierwotnego okresu ubezpieczenia w formie pisemnej lub telefonicznie. W przypadku nie wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w zdaniu poprzednim nie jest możliwa Kontynuacja ubezpieczenia.
- 15) **świadczenie** – umówiona suma pieniędzy;
- 16) **utrata pracy** – zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych z Ubezpieczonym na czas nieokreślony lub określony równy lub dłuższy niż czas trwania umowy kredytu, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności w ramach niniejszych WU;
- 17) **data utraty pracy** – dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego;
- 18) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia;
- 19) **śmierć** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszych WU;
- 20) **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 11 niniejszych WU;
- 21) **czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku, zwana dalej leczeniem szpitalnym NNW** – niezdolność do pracy Ubezpieczonego spowodowana leczeniem w szpitalu następstw nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona dokumentacją leczenia szpitalnego, trwająca co najmniej 7 dni z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 11 niniejszych WU;
- 22) **czasowa niezdolność do pracy** – trwająca co najmniej 60 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 11 niniejszych WU;
- 23) **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 11 niniejszych WU:
  - 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,
  - 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 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 wszczępienie 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;
- 24) **nieszczęśliwy wypadek** – oznacza zdarzenie powstałe wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego,

## Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych oraz ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. W zależności od opcji wybranej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 

Opcja 1) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym NNW;

Opcja 2)

  - a) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym NNW oraz, w zależności od statusu zatrudnienia;
  - b) czasowa niezdolność do pracy – w odniesieniu do Kredytobiorców, 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 krótszy niż czas trwania umowy kredytu albo wykonują działalność zarobkową w innej formie (z wyłączeniem źródeł przychodów opisanych w pkt c) i d);
  - c) poważne zachorowanie – w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy uzyskują przychody z tytułu emerytury lub renty lub innych źródeł oraz nie uzyskują przychodów z tytułu źródeł opisanych w pkt b) i d);
  - d) utrata pracy – w odniesieniu do Kredytobiorców zatrudnionych na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony równy lub dłuższy niż czas trwania umowy kredytu.
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień WU, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6.
4. W przypadku Kontynuacji ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest przez Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego w ramach tej samej opcji, która została wybrana przez Ubezpieczonego w dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową.

## Rozdział 3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową.

1. Ubezpieczeniem może zostać objęta każda osoba fizyczna, która w dniu podpisania pod rygorem nieważności Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową spełnia wszystkie warunki określone poniżej:
  - 1) Jest Kredytobiorcą, któremu udzielono kredytu(ów) w (łącznie) wysokości nieprzekraczającej 250 000 PLN przy zawieraniu których Kredytobiorca objęty został ubezpieczeniem, z zastrzeżeniem że (łącznie) suma udzielonego(ych) kredytu(ów) oraz udzielonej(ych) pożyczki(ek), przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem, nie może przekroczyć 500.000 PLN.
  - 2) jej wiek wraz z okresem kredytowania nie przekracza 75 lat,
  - 3) jest obywatelem lub rezydentem Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Objęcie ubezpieczeniem Kredytobiorców, których wiek przekracza limit 75 lat lub którym udzielono kredytu (ów) w wysokości wyższej niż 250.000 PLN, wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie. Zgoda Ubezpieczyciela wymagana jest również wtedy, gdy kwota udzielonego kredytu nie przekracza 250.000 PLN, lecz suma kredytu(ów)/pożyczki(ek), przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem - przekracza 500.000 PLN, z zastrzeżeniem dalszych postanowień niniejszego ustępu. Przy obliczaniu sumy kredytów/pożyczek, o których mowa w zdaniu poprzednim, pod uwagę brana jest łączna kwota aktualnego zadłużenia z tytułu kapitału tych umów, powiększona o kwotę kredytu udzielonego na podstawie nowej umowy kredytu.
3. W przypadku Kredytobiorców, o których mowa w ust. 2, w celu akceptacji ryzyka, Ubezpieczyciel może żądać wypełnienia przez Kredytobiorcę kwestionariusza medycznego lub przeprowadzenia badania lekarskiego w zakresie niezbędnym do oszacowania ryzyka.

## Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Objęcie Kredytobiorcy ochroną ubezpieczeniową następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 do 4 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
  - 1) w dniu podpisania przez Ubezpieczonego umowy kredytu w odniesieniu do zdarzenia śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego NNW;
  - 2) dziewięćdziesiątego dnia po dniu podpisania przez Ubezpieczonego umowy kredytu w przypadku czasowej niezdolności do pracy, poważnego zachorowania oraz utraty pracy.
  - 3) pierwszego dnia następującego po dniu zakończenia ochrony ubezpieczeniowej w ramach Pierwotnego okresu ubezpieczenia - w przypadku Kontynuacji ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu uruchomienia kredytu przez Ubezpieczającego.

*Handwritten signature and initials in the bottom right corner.*

4. W przypadku, gdy po dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową następuje zmiana statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na taki, który powoduje zmianę zakresu ochrony ubezpieczeniowej, przez kolejne 90 dni od dnia 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 ochrony.**

1. Ubezpieczony może w formie pisemnej zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem:
  - na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia – w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia;
  - na ostatni dzień miesiąca, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej – w odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia.
2. Skuteczne odstąpienie od umowy kredytu jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku, gdy Kredytobiorca złoży pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy kredytu będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.

#### **Rozdział 6. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.**

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej, równa jest kapitałowi kredytu pozostającemu do spłaty w tym dniu.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek śmierci, której wysokość określona jest w ust. 1 – obliczanej na dzień śmierci.
3. W razie uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 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.
4. W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w ust. 1. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
5. W przypadku, gdy poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło w okresie, za który należne było świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy i Ubezpieczyciel wypłacał świadczenie należne z tytułu czasowej niezdolności do pracy na zasadach określonych w ust.8., to świadczenie z tytułu poważnego zachorowania, o którym mowa w ust. 4 niniejszego Rozdziału pomniejszone jest o kwotę równą świadczeniu z tytułu czasowej niezdolności do pracy, które Ubezpieczyciel wypłacił po dniu zajścia zdarzenia poważnego zachorowania.
6. Świadczenie Ubezpieczyciela w przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest kwocie rat kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Świadczenia wypłacane są w okresie czasowej niezdolności do pracy, w kwotach i terminach określonych w umowie kredytu.
7. łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości raty kredytu, której termin upłynął przed datą pierwszej niezdolności do pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że wysokość pojedynczego świadczenia nie może być wyższa niż 6 150 PLN oraz że od łącznej maksymalnej kwoty świadczeń należnych z tytułu czasowej niezdolności do pracy odejmowane są kwoty świadczeń wypłaconych z tytułu ubezpieczenia na wypadek utraty pracy.
8. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 6-7, przestaje być wypłacane począwszy od:
  - 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
  - 2) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
9. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 6-7, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
10. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny 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 świadczenia, o którym mowa w ust. 6-7, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie kolejnych 60 dni niezdolności do pracy.
11. Świadczenie Ubezpieczyciela w razie czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW równe jest kwocie rat kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni, z zastrzeżeniem, że świadczenie przestaje być wypłacane od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w umowie kredytu.

*Handwritten signature*

12. Świadczenie Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 11, nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości ostatniej raty kredytu, której termin płatności upłynął przed datą pobytu w szpitalu bez względu na liczbę zdarzeń (pobyków w szpitalu) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że wysokość pojedynczego świadczenia nie może być wyższa niż 6 150 PLN.
13. W przypadku, gdy w okresie, za który Ubezpieczonemu przysługuje prawo do otrzymania świadczenia zarówno z tytułu czasowej niezdolności do pracy, jak również z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW, odpowiedzialność Ubezpieczyciela będzie ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW.
14. Gdy po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW świadczenie przestaje być wypłacane a Ubezpieczony pozostaje czasowo niezdolny do pracy Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy, o którym mowa w ust. 6-7 niniejszego Rozdziału, przy czym maksymalna liczba 6-ciu świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy należna jest po zakończeniu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW.
15. Świadczenie Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia utraty pracy przez Ubezpieczonego równe jest kwocie raty kredytu i odsetek od kapitału kredytu należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po 60 dniu od daty utraty pracy. Świadczenia wypłacane są w okresie pobierania przez Ubezpieczonego zasiłku dla bezrobotnych, w kwotach i terminach określonych w umowie kredytu.
16. W przypadku drugiej i każdej następnej utraty pracy, wypłata świadczenia miesięcznego przez Ubezpieczyciela następuje w terminach płatności rat kredytu przypadających po 60 dniu od daty utraty pracy.
17. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia utraty pracy przez Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości raty kredytu, której termin upłynął przed datą pierwszej utraty pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (utrat pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że wysokość pojedynczego świadczenia nie może być wyższa niż 6 150 PLN oraz że od łącznej maksymalnej kwoty świadczeń należnych z tytułu utraty pracy odejmowane są kwoty świadczeń wypłaconych z tytułu ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy.
18. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 15-17, przestaje być wypłacane począwszy od:
  - 1) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia,
  - 2) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
19. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki.

## Rozdział 7. Składki.

1. Z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek w wysokości i terminach przewidzianych w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy nastąpi zmiana przepisów prawa dotyczących obciążeń publicznoprawnych, dotyczących zawierania lub wykonywania umów ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo do proporcjonalnej zmiany taryfy. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do poinformowania Ubezpieczającego na 30 dni przed datą wprowadzenia zmiany taryfy, z zastrzeżeniem jednoczesnego prawa Ubezpieczającego do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zmianie taryfy.
3. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których w całości została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 10 ust. 4.
4. W przypadku ryzyka śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem okresu trwania ochrony Ubezpieczeniowej („okres”) za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie Ubezpieczenia, o której mowa w Rozdziale 6 niniejszych WU, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego o zwrot składki za niewykorzystany okres, zwróci Ubezpieczającemu część składki pobranej za świadczoną ochroną ubezpieczeniową, odpowiadającej okresowi pozostającemu do zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, obliczonej według poniższego wzoru:

$$Z = S \frac{(n-k)(n-k+1)}{n(n+1)}$$

Gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – pierwotna składka ubezpieczeniowa

n – pierwotna liczba miesięcy ochrony ubezpieczeniowej

k – ostatni miesiąc ochrony ubezpieczeniowej

Przykład wyliczenia zwrotu składki ubezpieczeniowej dla ryzyka śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania (w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter nieliniowy i jest większe na początku okresu ochrony ubezpieczeniowej, kiedy kredyt nie jest jeszcze spłacony i odpowiedzialność ubezpieczyciela dotyczy większej kwoty):

*Handwritten signature*

Konieczność zastosowania zasady zwrotu składki ubezpieczeniowej według powyższego wzoru wynika z konieczności zróżnicowania kosztów świadczonej przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. ochrony ubezpieczeniowej w trakcie jej trwania. Biorąc pod uwagę fakt, że na początku trwania ochrony ubezpieczeniowej koszty jej świadczenia są najwyższe, ponieważ kwota, którą Ubezpieczyciel musiałby wypłacić w przypadku uznania roszczenia bądź roszczeń, jest największa na początku okresu. Na przykład; (i) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po upływie jednej trzeciej okresu zwrócone zostanie ok. 45% składki ubezpieczeniowej, (ii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w połowie okresu zwrócone zostanie ok. 25% składki ubezpieczeniowej, (iii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich okresu, zwrócone zostanie ok. 11% składki.

5. W przypadku ryzyka czasowej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym oraz ryzyka utraty pracy, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, przed zakończeniem okresu trwania ochrony Ubezpieczeniowej („okres”), za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie Ubezpieczenia, o której mowa w Rozdziale 6 niniejszych WU, Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczającego o zwrot składki za niewykorzystany okres, zwróci Ubezpieczającemu część składki pobranej za świadczoną ochroną ubezpieczeniową, odpowiadającej okresowi pozostającemu do zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, obliczonej według poniższego wzoru:

$$Z = S \frac{(n - k)}{n}$$

Gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – pierwotna składka ubezpieczeniowa

n – pierwotna liczba miesięcy ochrony ubezpieczeniowej

k – ostatni miesiąc ochrony ubezpieczeniowej

Przykład wyliczenia zwrotu składki ubezpieczeniowej dla ryzyka czasowej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym, utraty pracy ( w wymienionych przypadkach ryzyko ubezpieczeniowe ma charakter liniowy, ponieważ ochrona ubezpieczeniowa jest rozłożona proporcjonalnie do okresu ochrony ubezpieczeniowej):

Skutkiem zastosowania zasady zwrotu składki ubezpieczeniowej według powyższego wzoru jest przypisanie równej części składki ubezpieczeniowej w całym okresie, w czasie którego Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce świadczy ochroną ubezpieczeniową. Na przykład: (i) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po jednej trzeciej okresu ochrony, zwrócone zostanie dwie trzecie składki ubezpieczeniowej, (ii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej w połowie okresu zwrócona zostanie jedna druga składki ubezpieczeniowej, (iii) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej po upływie dwóch trzecich okresu, zwrócona zostanie jedna trzecia składki ubezpieczeniowej.

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

- Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną udzieloną przez Ubezpieczyciela, wypłacane są Uposażonemu lub Uprawnionemu.
- W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem po rozwiązaniu umowy kredytu przed terminem, na który przypadał termin spłaty ostatniej raty kredytu przewidziany wstępnie w umowie kredytu (wcześniejsza całkowita spłata), świadczenia wypłacane są według następujących zasad:
  - świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest następującym osobom uprawnionym w kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inny ustawowi spadkobiercy. Świadczenie obliczane jest na dzień zgonu według formuły: kwota kredytu dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, pomnożona przez liczbę miesięcy pozostających do daty spłaty kredytu z zaokrągleniem do pełnego miesiąca, określone w umowie kredytu w dniu jej zawarcia;
  - świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane jest na dzień, o którym mowa w Rozdziale 6 ust. 3 lub 4 odpowiednio, według formuły opisanej w punkcie 1) powyżej.
  - świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 6-10 według formuły: kwota kredytu dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, określone w umowie kredytu w dniu jej zawarcia. Ubezpieczony nabywa uprawnienie do świadczenia z upływem każdego 30 dni pozostawania w stanie czasowej niezdolności do pracy przypadających po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej niezdolności do pracy.
  - świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 11-12 według formuły: kwota kredytu dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, określone w umowie kredytu w dniu jej zawarcia. Należne świadczenie miesięczne wypłacane jest, jeżeli termin płatności raty przypadałby w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni, z zastrzeżeniem, że świadczenie przestaje być wypłacane od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu.
  - świadczenie z tytułu utraty pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 15-18 według formuły: kwota kredytu dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, określone w umowie kredytu w dniu jej zawarcia. Ubezpieczony nabywa uprawnienie do świadczenia z upływem każdego 30 dni pozostawania bez pracy, przypadających po 60 dniach od dnia utraty pracy.
- 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.

*allgauer*  
*AK*

4. 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 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 śmierci:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
    - c) zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu),
    - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
    - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu śmierci – dostarcza Ubezpieczający,
    - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
  - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy (wydane na okres co najmniej 5 lat),
    - c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
    - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia lub orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
    - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
  - 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - b) historia pobytu w szpitalu,
    - c) raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku,
    - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
    - e) zaświadczenie o wysokości raty przypadającej do zapłaty 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:

każdorazowo po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy:

    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - 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 równy lub krótszy niż czas trwania umowy kredytu, aktualne w dniu rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy,
    - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
    - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna)

przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:

    - f) dowody wypłat zasiłku chorobowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
    - g) zaświadczenie o wysokości raty przypadającej do zapłaty w okresie czasowej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający.
  - 5) w przypadku poważnego zachorowania:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
    - c) zaświadczenie lub oświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
    - d) informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania – dostarcza Ubezpieczający,
    - e) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
    - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
  - 6) każdorazowo po utracie pracy:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,

*D. Kujawa*  
*Ch*

- b) oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy,
  - c) zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego,
  - d) ostatnia umowa o pracę wraz z informacją o kwocie miesięcznego dochodu netto uzyskiwanego przez Ubezpieczonego bezpośrednio przed datą utraty pracy,
  - e) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia,
  - f) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
  - g) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia;
- 7) przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:
- a) dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych za okres, w którym przypada termin płatności raty,
  - b) zaświadczenie o wysokości raty kredytu przypadającej do zapłaty w okresie, za który przysługuje świadczenie – dostarcza Ubezpieczający.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego lub zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie, o którym mowa w ust. 3, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą odmowę wypłaty świadczenia.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

#### **Rozdział 9. 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 10. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.**

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonego:

- 1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
- 2) po upływie okresu ubezpieczenia określonego w Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową jeżeli okres ubezpieczenia jest krótszy od okresu, na który została zawarta Umowa kredytu a Kredytobiorca nie wyraził zgody na Kontynuację ubezpieczenia,
- 3) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytu jako termin spłaty ostatniej raty kredytu (jeżeli termin ten nie przekracza maksymalnego okresu ubezpieczenia), z zastrzeżeniem, że jeżeli Ubezpieczający odracza Ubezpieczonemu termin spłaty kredytu do maksymalnie dwunastu miesięcy, licząc od daty przewidzianej pierwotnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może zostać wydłużona do dnia całkowitej spłaty kredytu, jeżeli Ubezpieczyciel na pisemny wniosek Ubezpieczającego przedłuży okres ubezpieczenia,
- 4) w przypadku nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego,
- 5) w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Pierwotnego okresu ubezpieczenia,
- 6) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej w ramach Kontynuacji ubezpieczenia,
- 7) w dniu zgonu Ubezpieczonego, stwierdzenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
- 8) w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do 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 renty z ubezpieczenia społecznego.
- 9) w odniesieniu do utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w dniu zgonu Ubezpieczonego, orzeczenia u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania lub nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych z ubezpieczenia społecznego.

#### **Rozdział 11. Wyłączenia odpowiedzialności.**

1. W przypadku zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:



- 1) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, lub próbą samobójstwa,
  - 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) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.
2. W przypadku utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, 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;
  - 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 pracodawcy z Ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony krótszy niż czas trwania umowy kredytu.

## **Rozdział 12. Przedawnienie roszczeń.**

Roszczenia z umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniom z upływem 3 lat.

## **Rozdział 13. Postanowienia końcowe.**

1. Umowa może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych WU.
2. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.
3. 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.
4. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy.
5. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy.