

WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW CREDIT AGRICOLE BANK POLSKA S.A.

SŁOWNICZEK POJĘĆ :

Użyte w niniejszych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

1. **Całkowite inwalidztwo** – stan zdrowia Ubezpieczonego będący wynikiem choroby lub wypadku, które zaistniały w trakcie okresu ubezpieczenia, powodujący na gruncie przepisów o nabywaniu praw do emerytur i rent orzeczenie właściwego lekarza orzecznika o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 2 lat,
2. **Czasowa niezdolność do pracy** – zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na niemożności świadczenia lub wykonywania przez Ubezpieczonego pracy potwierdzone zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, wystawionym zgodnie z przepisami o orzekaniu o czasowej niezdolności do pracy,
3. **Data utraty pracy** – dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego,
4. **Deklaracja zgody** – oświadczenie woli Ubezpieczonego, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową,
5. **Dzień zajścia poważnego zachorowania:**
 - 1) w przypadku zawału serca, udaru mózgu i nowotworu złośliwego – dzień postawienia diagnozy przez lekarza specjalistę danej dziedziny,
 - 2) w przypadku niewydolności nerek – dzień postawienia diagnozy przez lekarza nefrologa potwierdzającej zgodność zaistniałej choroby z opisem zawartym w pkt. 7, ppkt. 1).
 - 3) w przypadku operacji na naczyniach wieńcowych i transplantacji głównych narządów – dzień zabiegu operacyjnego,
6. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Ubezpieczającym odpowiednią Umowę Kredytu,
7. **Poważne zachorowanie** – za poważne zachorowanie uważa się jedną ze zdefiniowanych chorób:
 - 1) **Niewydolność nerek** – końcowa postać niewydolności nerek charakteryzująca się trwałym i nieodwracalnym upośledzeniem funkcji obydwu nerek, w wyniku którego konieczne jest stosowanie regularnych dializ lub przeszczep nerki,
 - 2) **Nowotwór złośliwy** – obecność jednego lub więcej guzów złośliwych, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych oraz inwazją i niszczeniem zdrowej tkanki, co obejmuje także białaczkę (za wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej), nowotwory układu limfatycznego i chorobę Hodgkina. Definicja nie obejmuje nowotworów będących wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjnych nowotworów in-situ oraz wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
 - 3) **Operacja na naczyniach wieńcowych** – dokonana przez kardiochirurga operacja (bypass) wszczepienia pomostów omijających do tętnicy wieńcowej w celu korekcji zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych, z wyłączeniem technik nie chirurgicznych, takich jak angioplastyka przezskórna, terapia laserowa lub inne metody leczenia nie operacyjnego,
 - 4) **Transplantacja głównych narządów** – przebycie w charakterze biorcy operacji przeszczepu serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub szpiku kostnego;
 - 5) **Udar mózgu** – epizod mózgowo-naczyniowy wywołujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, obejmujący zakrzepicę, krwawienie lub zator materiałem pochodzenia pozaczaskowego. Istnienie trwałego uszkodzenia neurologicznego musi zostać potwierdzone przez lekarza neurologa, nie wcześniej niż 6 tygodni po zdarzeniu. Nie uznaje się za udar mózgu objawów mózgowych związanych z migreną, uszkodzeń mózgu w wyniku urazu lub niedotlenienia, schorzeń naczyniowych prowadzących do uszkodzeń oka lub nerwu wzrokowego a także chorób niedokrwiennych układu przedśionkowego,
 - 6) **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego w następstwie niedokrwienia danego obszaru, czego dowodem są typowe objawy bólu w klatce piersiowej, nowe zmiany w zapisie EKG oraz podwyższony poziom enzymów sercowych. Wszystkie powyższe objawy muszą wystąpić łącznie,
8. **Rachunek** – rachunek prowadzony przez Ubezpieczającego w złotych polskich, przeznaczony do rozliczania spłaty rat udzielonego kredytu,
9. **Rata** – suma kwoty raty kredytowej i opłaty za rachunek przypadających do spłaty zgodnie z harmonogramem wynikającym z Umowy Kredytu,
10. **Ubezpieczający** – Credit Agricole Bank Polska S.A.,
11. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna będąca Kredytobiorcą, objęta ochroną ubezpieczeniową,
12. **Umowa Kredytu** – zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Kredytobiorcą umowa, na podstawie której, Ubezpieczający oddaje do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony w umowie kwotę środków pieniężnych z przeznaczeniem na ustalony cel (kredyt ratalny) lub na cel nieokreślony (pożyczka gotówkowa), a Kredytobiorca zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w Umowie, zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu wraz z odsetkami w oznaczonych terminach spłaty oraz zapłaty prowizji od udzielonego kredytu,
13. **Uprawniony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji Zgody uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem,

14. **Utrata pracy** – zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym, w wyniku którego Ubezpieczony zyskuje status bezrobotnego i uprawnienia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w warunkach ubezpieczenia,

15. **Wiek** – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia Kredytobiorcy,

16. **Zakład Ubezpieczeń-**

1) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA – w ramach ubezpieczenia na wypadek zgonu lub całkowitego inwalidztwa lub poważnego zachorowania,

2) Towarzystwo Ubezpieczeniowe EUROPA SA - w ramach ubezpieczenia na wypadek utraty pracy lub ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy,

17. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie zgonu lub całkowitego inwalidztwa lub poważnego zachorowania lub czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub utrata pracy przez Ubezpieczonego.

Rozdział 1. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest: życie oraz zdrowie Ubezpieczonego i utrata pracy przez Ubezpieczonego. Zakład Ubezpieczeń w zależności od wybranego zakresu ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień zawartych w warunkach ubezpieczenia spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:

1) zgonu Ubezpieczonego lub całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego lub

2) poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub

3) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego lub

4) utraty pracy przez Ubezpieczonego świadczonej na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony.

Wyboru zakresu ubezpieczenia dokonuje Ubezpieczający w porozumieniu z Kredytobiorcą.

2. W razie wystąpienia zgonu lub całkowitego inwalidztwa lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (określonej w Rozdziale 3), Zakład Ubezpieczeń wypłaci Uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 5, świadczenie w wysokości równej sumie ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami Rozdziału 7, a Ubezpieczający zaliczy je na poczet spłaty zobowiązania Ubezpieczonego wynikającego z zawartej Umowy Kredytu.

3. W razie utraty pracy przez Ubezpieczonego lub w razie wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (określonej w Rozdziale 3), Zakład Ubezpieczeń wypłaci Uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień warunków ubezpieczenia, świadczenia miesięczne w wysokościach i ilościach określonych w Rozdziale 7, a Ubezpieczający zaliczy je na poczet spłaty zobowiązania Ubezpieczonego wynikającego z zawartej Umowy Kredytu.

Rozdział 2. OKRES UBEZPIECZENIA

1. W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu lub całkowitego inwalidztwa i ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania okres ubezpieczenia, w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu podpisania Umowy Kredytu, nie wcześniej niż od dnia podpisania Deklaracji Zgody i trwa do dnia dokonania wzajemnych rozliczeń pomiędzy Kredytobiorcą a Ubezpieczającym, wynikających z Umowy Kredytu, nie dłużej jednak niż do 30 dnia od dnia zakończenia jej obowiązywania.

2. W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy i ubezpieczenia na wypadek utraty pracy okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu podpisania Deklaracji Zgody i trwa przez cały okres obowiązywania Umowy Kredytu.

Rozdział 3. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

1. Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się :

1) w ubezpieczeniu na wypadek zgonu lub całkowitego inwalidztwa z dniem podpisania przez Kredytobiorcę Deklaracji Zgody,

2) w ubezpieczeniu na wypadek poważnego zachorowania, czasowej niezdolności do pracy po 60 dniu od dnia podpisania przez Kredytobiorcę Deklaracji Zgody,

3) w ubezpieczeniu na wypadek utraty pracy po upływie 90 dni od dnia podpisania przez Kredytobiorcę Deklaracji Zgody.

2. Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:

1) z upływem okresu ubezpieczenia,

2) 30 dnia po dniu określonym w Umowie Kredytu jako dzień przewidzianej spłaty ostatniej raty kredytu,

3) w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu lub całkowitego inwalidztwa i ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania z ostatnim dniem miesiąca w którym Ubezpieczony przekroczył 75 lat, natomiast w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy i ubezpieczenia na wypadek utraty pracy z ostatnim dniem miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 65 lat.

- 4) z dniem całkowitej spłaty kredytu, a jeżeli spłata ta następuje przed terminem przewidzianym w Umowie Kredytu – w dniu spłaty ostatniej raty,
- 5) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
- 6) z dniem, wydania przez właściwego lekarza orzecznika orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 2 lat,
- 7) z dniem zajścia poważnego zachorowania,
- 8) w dniu nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub rentowych na gruncie obowiązujących przepisów o nabywaniu prawa do emerytur i rent w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy i ubezpieczenia na wypadek utraty pracy,
- 9) z dniem rozwiązania Umowy Kredytu.

Rozdział 4. UBEZPIECZONY

1. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta każda osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce będąca Kredytobiorcą, spełniająca warunki określone w pkt. 2, której suma wieku w dniu objęcia ochroną i okresu kredytowania nie przekracza:

- 1) 75 lat w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu lub całkowitego inwalidztwa i ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania,
- 2) 65 lat w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy i utraty pracy, a ponadto:
- 3) w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty pracy - świadcząca w dniu podpisania Deklaracji Zgody pracę na podstawie stosunku pracy albo stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony,
- 4) w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy - prowadząca w dniu podpisania Deklaracji Zgody własną działalność gospodarczą lub świadcząca pracę na podstawie stosunku pracy albo stosunku służbowego, zawartych na czas określony.

2. Ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte osoby fizyczne które:

- 1) podpisały Deklarację Zgody, będącą częścią Umowy Kredytu albo stanowiącą osobny formularz, oraz
 - 2) zawarły Umowę Kredytu o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej 100 000 PLN, o ile, jeżeli posiadają inne Umowy Kredytu zawarte z Ubezpieczającym, zobowiązane są na ich podstawie do spłaty kwoty kapitału nie przekraczającej 200 000 PLN.
3. W przypadku przekroczenia limitów, o których mowa w pkt. 2, ppkt. 2), objęcie ochroną ubezpieczeniową Kredytobiorcy wymaga każdorazowo pisemnej zgody Zakładu Ubezpieczeń.

Rozdział 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek samobójstwa w okresie 2 pierwszych lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową oraz w przypadku podania nieprawdziwych informacji, w szczególności zatajenia przez Ubezpieczonego choroby istniejącej przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Zakładu Ubezpieczeń, w okresie 3 lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową.

2. Zakład Ubezpieczeń nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli zgon, trwałe inwalidztwo, poważne zachorowanie, czasowa niezdolność do pracy.

Ubezpieczonego nastąpiły na skutek lub w związku z:

- 1) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lekarstw lub innych środków wyłaczających świadomość z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza;
- 2) działaniami wojennymi, rozruchami, zamieszkami, stanem wojennym, aktami terroryzmu lub sabotażu;
- 3) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową);
- 4) 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;
- 5) usiłowaniami lub dokonaniem przestępstwa przez Ubezpieczonego;
- 6) próbą samobójstwa, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego;
- 7) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień;
- 8) uczestnictwem w locie w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu poza licencjonowanymi liniami lotniczymi;
- 9) uprawianiem amatorsko przez Ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu lub aktywności fizycznej, m.in. takich jak: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, baloniarstwo, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe i motorowodne, jeździectwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, lotnictwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, szermierka, sporty siłowe, sporty walki i obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, skoki na linie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing;
- 10) wyczynowym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportu (uprawianie dyscyplin sportowych w ramach sekcji lub klubów sportowych, polegające na regularnym uczestniczeniu w treningach i zawodach sportowych, jak również uprawianie dyscyplin sportowych w celach zarobkowych), uczestniczeniem w wyprawach do miejsc charakteryzujących

się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, albo w ekspedycjach (za ekspedycję uważa się zorganizowaną wyprawę mającą na celu zrealizowanie wytyczonych zadań o charakterze sportowym bądź naukowym).

3. W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy Zakład Ubezpieczeń nie ponosi również odpowiedzialności w związku z:

- 1) istniejącą u Ubezpieczonego chorobą zawodową, przewlekłą, chroniczną, poważnym zachorowaniem,
- 2) urlopem macierzyńskim oraz ciążą.

4. W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty pracy Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności, gdy utrata pracy nastąpiła:

- 1) w wyniku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego wskutek wypowiedzenia go Ubezpieczonemu przed dniem podpisania Umowy Kredytu,
- 2) na skutek rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego przez Ubezpieczonego,
- 3) na skutek rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego za porozumieniem stron,
- 4) na skutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, w rozumieniu przepisów Kodeksu Pracy,
- 5) w wyniku zakończenia stosunku pracy pracodawcy z Ubezpieczonym z powodu wypowiedzenia lub wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartego na czas określony.

Rozdział 6. ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA

1. Zakład Ubezpieczeń z zastrzeżeniem postanowień warunków ubezpieczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wypłaca Uprawnionemu należne świadczenie.

2. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczający zgłasza zawiadomienie o zajściu tego zdarzenia oraz wnioski o realizację świadczenia wraz z wymienionymi niżej oryginałami lub potwierdzonymi za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego kopiami dokumentów:

1) w przypadku zgonu:

- a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
- b. zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),

2) w przypadku całkowitego inwalidztwa: orzeczenie właściwego lekarza orzecznika, określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 2 lat,

3) w przypadku poważnego zachorowania: orzeczenie lekarza specjalisty stwierdzające poważne zachorowanie i odpis badania potwierdzającego zaistnienie choroby lub przebycia operacji,

4) w przypadku utraty pracy:

každorazowo po utracie pracy:

- a. zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
- b. kopia świadectwa pracy albo oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego
- c. zaświadczenie o statusie bezrobotnego,

przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:

d. dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych,

5) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:

a. zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy potwierdzające okres przerwy w pracy lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,

b. dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,

c. zaświadczenia pracodawcy (Z3),

d. informacja pracodawcy (wysyłanej również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których Ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim.

Rozdział 7. WYSOKOŚĆ I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

I Czynności podejmowane przez Zakład Ubezpieczeń:

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Zakład Ubezpieczeń informuje o tym Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczającego, Uprawnionego i Ubezpieczonego, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia. Ubezpieczony zobowiązany jest do uzupełnienia wskazanych braków w terminie nie dłuższym niż 90 dni od otrzymania przez Zakład Ubezpieczeń Wniosku o wypłatę świadczenia.

2. Wniosek o wypłatę świadczenia Zakład Ubezpieczeń rozpatruje w ciągu 14 dni, licząc od daty otrzymania wniosku oraz oryginałów lub potwierdzonych za zgodność z oryginałem kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, o których mowa w pkt. 1.

3. Jeżeli w terminach określonych w pkt. 2 Zakład Ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

4. Zakład Ubezpieczeń przekazuje decyzję o wypłacie lub odmowie wypłaty świadczenia Ubezpieczającemu i w razie wystąpienia innych zdarzeń niż zgon - do wiadomości Ubezpieczonego. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Zakład Ubezpieczeń przekazuje decyzję w tym zakresie Ubezpieczającemu i w razie wystąpienia innych zdarzeń niż zgon - do wiadomości Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Zakładu Ubezpieczeń powinna zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Jeżeli świadczenie przysługuje, wraz z informacją o jego przyznaniu Zakład Ubezpieczeń wypłaca należne świadczenie Uprawnionemu.

5. Zakład Ubezpieczeń ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w pkt. 1, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Zakład Ubezpieczeń i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych lub akt stanowiących podstawę do wydania decyzji o należności świadczenia i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych.

6. Zakład Ubezpieczeń może zażądać na swój koszt przeprowadzenia badania medycznego u wskazanego lekarza, w celu potwierdzenia zasadności roszczenia o świadczenie gdy przedmiotem ubezpieczenia było zdrowie Ubezpieczonego.

7. Brak kompletnej dokumentacji niezbędnej do wypłaty świadczenia, w szczególności zawierającej informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub okolicznościach zgonu, jest podstawą do odmowy wypłaty świadczenia.

8. Udzielenie przez zgłaszającego roszczenie o wypłatę świadczenia lub Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

9. Zasady opodatkowania świadczeń należnych Uprawnionemu regulują przepisy o podatku dochodowym od osób prawnych lub osób fizycznych.

II Ubezpieczenie na wypadek zgonu lub całkowitego inwalidztwa i ubezpieczenie na wypadek poważnego zachorowania:

1. Suma ubezpieczenia w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, równa jest:

- 1) kapitałowi kredytu pozostającemu do spłaty w tym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- 2) odsetkom według przewidzianej Umową Kredytu stopy, liczonym od nie przeterminowanej części kapitału za okres od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
- 3) odsetkom karnym według przewidzianej Umową Kredytu stopy od przeterminowanej części kapitału za okres od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
- 4) sumie opłat za rachunek na spłatę rat pozostających do spłaty w tym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz
- 5) sumie opłat za rachunek na spłatę rat pozostających do spłaty od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni oraz
- 6) innym opłatom i prowizjom przewidzianym taryfą Ubezpieczającego naliczonym w okresie od tego dnia do dnia wypłaty świadczenia (np. opłata za monit, za restrukturyzację kredytu), jednak nie dłuższym niż 120 dni.

2. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, Zakład Ubezpieczeń wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia w dniu zgonu, zgodnie z pkt. 1.

3. W razie całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, Zakład Ubezpieczeń wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na dzień, w którym wydane zostało przez właściwego lekarza orzecznika orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji na okres minimum 2 lat. W przypadku, gdy zgodnie z orzeczeniem całkowite inwalidztwo powstało przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Zakładu Ubezpieczeń równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności.

4. W razie wystąpienia poważnego zachorowania, Zakład Ubezpieczeń wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na dzień zajścia poważnego zachorowania.

III Ubezpieczenie na wypadek utraty pracy:

1. Z zastrzeżeniem Rozdziału 3, pkt. 1, ppkt.3 oraz z zastrzeżeniem pkt. 2, przysługujące świadczenie miesięczne wypłacane jest przez Zakład Ubezpieczeń Uprawnionemu zgodnie z aktualnym harmonogramem spłaty Rat w kwocie oraz terminie płatności Raty przypadającej po dacie utraty pracy.

2. Łączna kwota świadczeń Zakład Ubezpieczeń, o których mowa w pkt. 1, nie może przekroczyć kwoty równej 6 kolejnym Ratom, których termin płatności upłynął przed datą ostatniej utraty pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (utraty pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Zakład Ubezpieczeń w stosunku do Ubezpieczonego.

3. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w pkt. 1, przestaje być wypłacane począwszy od:

- 1) dnia, w którym Ubezpieczony utracił status bezrobotnego – w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów,
- 2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
- 3) dnia zajścia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania lub orzeczenia całkowitego inwalidztwa

- 4) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na gruncie obowiązujących przepisów o nabywaniu prawa do emerytur i rent,
- 5) ostatniego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 65 lat,
- 6) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia.

IV Ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy:

1. Z zastrzeżeniem postanowień 3, pkt. 1, ppkt.2 oraz z zastrzeżeniem pkt. 2, przysługujące świadczenie miesięczne wypłacane jest przez Zakład Ubezpieczeń Uprawnionemu, zgodnie z aktualnym harmonogramem spłaty Rat w kwocie oraz terminie płatności Raty przypadającej po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej przerwy w pracy spowodowanej czasową niezdolnością Ubezpieczonego do pracy.
2. Łączna kwota świadczeń Zakład Ubezpieczeń, o których mowa w pkt. 1, nie może przekroczyć kwoty równej 6 kolejnym Ratom, których termin płatności upłynął przed datą ostatniej przerwy w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Zakład Ubezpieczeń w stosunku do Ubezpieczonego.
3. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi przed upływem 60 dni, licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, to jest on traktowany jako ciąg dalszy poprzedniego zdarzenia, wywołując obowiązek świadczenia po łącznym upływie 60 dni czasowej niezdolności do pracy.
4. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tych samych okoliczności nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Zakład Ubezpieczeń rozpoczyna realizację świadczeń, o których mowa w ust. 1, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 60 kolejnych dni kolejnej niezdolności do pracy.
5. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w pkt. 1, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy,
 - 2) dnia zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) dnia zajścia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania lub orzeczenia całkowitego inwalidztwa
 - 4) dnia, w którym Ubezpieczony nabył uprawnienia do emerytury albo renty na gruncie obowiązujących przepisów o nabywaniu prawa do emerytur i rent,
 - 5) ostatniego dnia miesiąca, w którym ubezpieczony ukończył 65 lat.

Rozdział 8. SKŁADKA

1. Do zapłaty składki zobowiązany jest Ubezpieczający.
2. W razie wystąpienia zgonu lub całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego przed terminem opłacenia składki, przysługujące świadczenie zostanie wypłacone przez Zakład Ubezpieczeń następnego dnia roboczego po opłaceniu składki.
3. Zakład Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego poważnego zachorowania lub czasowej niezdolności do pracy lub utraty pracy wyłącznie w odniesieniu do tych Ubezpieczonych, za których w całości i wyznaczonym terminie została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej poprzedzającej to zdarzenie.

Rozdział 9. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do informowania Zakładu Ubezpieczeń o każdej wiadomej zmianie adresu Ubezpieczonego.
2. Jeżeli Ubezpieczony zmienił adres, Ubezpieczający nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w pkt. 1, przyjmuje się, że pisma wysłane pod ostatni znany mu adres Ubezpieczonego, i nie odebrane przez adresata pozostają skuteczne z chwilą doręczenia na wskazany adres (pierwsze awizo).
3. Spory wynikające z udzielonej ochrony ubezpieczeniowej będą rozpatrywane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub miejsca zamieszkania lub siedziby Uprawnionego.