

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA OSÓB KTÓRE ZAWARŁY Z CREDIT AGRICOLE BANK POLSKA S.A., UMOWĘ POŻYCZKI W RACHUNKU**§ 1. Postanowienia ogólne i definicje**

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stanowią załącznik i integralną część Umowy Ubezpieczenia Grupowego pożyczkobiorców Credit Agricole Bank Polska S.A., zawartej między Credit Agricole Bank Polska S.A. jako ubezpieczającym a CACI Life Limited jako ubezpieczycielem w zakresie ubezpieczenia od ryzyka Śmierci oraz CACI Non-Life Limited jako ubezpieczycielem od ryzyka Całkowitej niezdolności do pracy oraz Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji, Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy oraz Groźnej choroby.
2. Jeżeli z kontekstu wyraźnie nie wynika nic innego, dla celów Umowy Ubezpieczenia, poniższe terminy mają następujące znaczenie:
 - Bank** – Credit Agricole Bank Polska S.A. z siedzibą we Wrocławiu,
 - Ubezpieczony** – osoba będąca klientem Banku, która zawarła z Bankiem Umowę Pożyczki w rachunku, oraz przystąpiła do ubezpieczenia na warunkach określonych w niniejszym dokumencie,
 - Całkowita niezdolność do pracy** – stan całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej niezależnie od charakteru tej pracy, orzeczony zgodnie z właściwymi przepisami prawa na okres co najmniej 3 lat
 - Czasowa niezdolność do pracy** – faktyczna czasowa niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania pracy, stwierdzona w zaświadczeniu lekarskim wystawionym na formularzu urzędowym zgodnie z wymogami właściwych przepisów prawa,
 - Deklaracja Przystąpienia** – pisemne oświadczenie osoby wyrażającej zgodę na objęcie ubezpieczeniem, złożone na odpowiednim formularzu, przygotowanym przez CACI. Dla celów Umowy Ubezpieczenia również oświadczenie Ubezpieczonego złożone za pośrednictwem serwisu telefonicznego i prawidłowo zarejestrowane (nagranie) jest równoznaczne z Deklaracją Przystąpienia,
 - CACI** – w zależności od ryzyka będącego przedmiotem ubezpieczenia: w zakresie ubezpieczenia ryzyka Śmierci – CACI Life Limited z siedzibą w Dublinie, Irlandia, a w zakresie ubezpieczenia ryzyk: Całkowitej niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy, Groźnej choroby i Utraty pracy – CACI Non-Life Limited z siedzibą w Dublinie, Irlandia,
 - Groźna choroba** – oznacza jedną z poniższych chorób:
 - chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej – dusznica bolesna wymagająca przeprowadzenia leczenia operacyjnego polegającego na usunięciu zwężenia lub niedrożności co najmniej dwóch tętnic wieńcowych za pomocą przeszczepów omijających (tzw. by-pass), z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, z wyłączeniem technik nieinwazyjnych,
 - niewydolność nerek – końcowe stadium niewydolności nerek powstałej wskutek nieodwracalnego upośledzenia funkcji obu z nich, wymagające przeszczepu nerki lub regularnego dializowania,
 - nowotwór złośliwy – guz złośliwy charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem oraz rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych i naciekaniem tkanki, białaczka, z wyłączeniem przewlekłej białaczki limfatycznej, chłoniaki i czerniaki złośliwe, z wyłączeniem raków skóry i guzów powstałych w okresie stwierdzenia u chorego wirusa HIV,
 - udar mózgu – incydent mózgowy, w szczególności krwotok wewnątrzczaszkowy albo krwotok podpajęczynówkowy, zawał tkanki mózgowej lub zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, wywołujący skutki trwające dłużej niż dobę i powodujący trwałe ubytki neurologiczne,
 - zawał serca – obumarcie fragmentu mięśnia sercowego wskutek jego niedokrwienia, gdy możliwe jest jednoznaczne rozpoznanie choroby na podstawie występujących łącznie objawów typowych: intensywnego i długotrwałego bólu w klatce piersiowej, nowych zmian na wykresie elektrokardiograficznym i podwyższonego poziomu enzymów sercowych,
 - Okres Rozrachunkowy** – okres od dnia pobrania składki ubezpieczeniowej do dnia poprzedzającego pobranie kolejnej składki ubezpieczeniowej,
 - Okres Trwania Pożyczki** - okres wskazany w Umowie Pożyczki,
 - Świadczenie Rentowe** - świadczenie przyznane Ubezpieczonemu zgodnie z przepisami dotyczącymi ubezpieczeń społecznych,
 - Tabela Składek** – „Tabela składek dla ubezpieczeń oferowanych przez Credit Agricole Bank Polska S.A.”,
 - Umowa Pożyczki** – umowa pożyczki w rachunku zawarta między Bankiem a pożyczkobiorcą, który złożył Deklarację Przystąpienia,
 - Utrata Pracy** – rozwiązanie stosunku pracy z Ubezpieczonym, o ile wskutek tego zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony zostanie zarejestrowany jako bezrobotny i nabyte prawo do zasiłku, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy,
 - Utrata zdolności do samodzielnej egzystencji** – stan całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, będącego emerytem lub rencistą z tytułu niezdolności do pracy, uprawnionym do otrzymywania Świadczenia rentowego, skutkujący niezdolnością do samodzielnej egzystencji, spowodowany pogorszeniem sprawności fizycznej oraz wymagający ciągłej i długotrwałej opieki oraz pomocy osób trzecich w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, orzeczony zgodnie z właściwymi przepisami prawa na okres co najmniej 3 lat,
 - Inna właściwa instytucja** – jeżeli Ubezpieczony podlega ubezpieczeniu w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Inną właściwą instytucją jest Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS); jeżeli Ubezpieczony jest/był żołnierzem zawodowym, Inną właściwą instytucją jest Minister Obrony Narodowej; jeżeli Ubezpieczony jest/był funkcjonariuszem Policji, Straży Granicznej lub Państwowej Straży Pożarnej, Inną właściwą instytucją jest Minister właściwy do spraw wewnętrznych.

§ 2. Zdarzenia ubezpieczeniowe i zakres ubezpieczenia

1. W ramach Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczony ma możliwość ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej do Pakietu „Życie Plus” lub rozszerzenia jej na jeden lub obydwa następujące Pakiety: „Nie Pracuję” oraz „Poważne Zachorowanie”.
2. CACI, w zależności od wybranego Pakietu, udziela ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zajścia któregokolwiek z następujących zdarzeń:
 - a) Śmierci lub Całkowitej niezdolności do pracy lub Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji w ramach Pakietu „Życie Plus” oraz w wypadku rozszerzenia przez Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej o:
 - b) Pakiet „Nie Pracuję” – zdarzenia Utraty pracy i Czasowej niezdolności do pracy i/lub
 - c) Pakiet „Poważne Zachorowanie” - zdarzenia Groźnej choroby.
 3. Za zdarzenie Utraty pracy i Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w ramach Pakietu „Nie Pracuję”, w zależności od głównego źródła dochodu Ubezpieczonego według stanu na dzień wystąpienia zdarzenia, uznaje się jedną z następujących okoliczności:
 - a) w zakresie Utraty pracy utratę przez Ubezpieczonego jednego spośród poniższych źródeł dochodów, zadeklarowanego jako źródło podstawowe:
 - wynagrodzenia z umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony,
 - wynagrodzenia z tytułu zatrudnienia na jakiegokolwiek podstawie prawnej, o ile stanowi ona dla Ubezpieczonego stosunek pracy w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa pracy, lub
 - wynagrodzenia z kontraktu menedżerskiego (będącego umową cywilno-prawną) zawartego na czas nieokreślony,
 - b) w zakresie Czasowej niezdolności do pracy utratę przez Ubezpieczonego jednego spośród poniższych źródeł dochodów, zadeklarowanego jako źródło podstawowe:
 - źródła dochodów wymienionych w § 2 ust. 3 lit. a,
 - wynagrodzenia ze stosunku pracy (lub innego stosunku, o ile stanowi on dla Ubezpieczonego stosunek pracy) w rozumieniu właściwych przepisów prawa pracy oraz z kontraktu menedżerskiego zawartego na czas określony,
 - dochodów z prowadzenia działalności gospodarczej na własny rachunek.

4. Za Groźną chorobę w ramach Pakietu „Poważne Zachorowanie” uznaje się jeżeli Ubezpieczony według stanu na dzień zdarzenia, wskazał jedno z następujących źródeł dochodu:
 - dochody wymienione w § 2 ust. 3 lit. a i b powyżej,
 - dochody z tytułu Świadczenia Rentowego lub świadczenia emerytalnego,
 - wynagrodzenie z umowy cywilnoprawnej, której zawarcie nie powoduje nawiązania przez Ubezpiezonego stosunku pracy,
 - inne niż wymienione stałe dochody lub świadczenia okresowe do których Ubezpieczony uprawniony jest na podstawie innej aniżeli wymienione w § 2 ust. 3. lit. a i b powyżej lub niniejszego ustępu 4.
5. Za dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego uważa się:
 - a) w przypadku Śmierci – datę wskazaną w akcie zgonu,
 - b) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy lub w przypadku Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji – datę powstania tej niezdolności wskazaną w orzeczeniu lekarza – orzecznika lub komisji lekarskiej zakładu ubezpieczeń społecznych, a w przypadku braku takiego wskazania – datę wydania powyższego orzeczenia przez lekarza-orzecznika lub komisji lekarskiej,
 - c) w wypadku Utraty pracy – datę poinformowania Ubezpiezonego przez Pracodawcę lub organ, z którym wiązał go kontrakt menedżerski niezależnie od daty rzeczywistego ustania zatrudnienia,
 - d) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – datę początkową okresu niezdolności do pracy wskazaną w zaświadczeniu lekarskim, pod warunkiem że okres taki trwa powyżej 60 dni,
 - e) w przypadku Groźnej choroby – datę zachorowania wynikającą z dokumentacji medycznej, a w braku możliwości jednoznacznego określenia takiej daty – datę rozpoznania choroby u Ubezpiezonego.
6. W razie wystąpienia któregoś ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, CACI wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości wynikającej z § 7, w granicach sumy ubezpieczenia określonej w § 6.

§ 3. Ubezpieczony

1. Przystąpić do ubezpieczenia w charakterze Ubezpiezonego może każda osoba fizyczna, która:
 - a) posiada pełną zdolność do czynności prawnych,
 - b) stale zamieszkuje w Polsce,
 - c) w chwili przystąpienia do ubezpieczenia jest stroną Umowy Pożyczki,
 - d) podpisała Deklarację Przystąpienia, zawierającą m.in. zgodę na objęcie jej ochroną ubezpieczeniową lub wyraziła ustnie za pośrednictwem serwisu telefonicznego chęć przystąpienia do ubezpieczenia, a deklaracja ta została właściwie zarejestrowana za pomocą urządzenia nagrywającego dźwięk.
2. Niezależnie od ust. 1 powyżej, do ubezpieczenia przystąpić może tylko taka osoba fizyczna, która w momencie złożenia Deklaracji Przystąpienia nie będzie miała więcej niż:
 - a) 65 lat, w przypadku Ubezpieczonych, którzy wybrali Pakiet „Nie Pracuję”
 - b) 75 lat, w przypadku Ubezpieczonych, którzy wybrali Pakiet „Życie PLUS” lub/i „Poważne Zachorowanie”.
3. Do ubezpieczenia przystąpić można w placówce Credit Agricole Bank Polska S.A. w momencie zawierania Umowy Pożyczki, lub w dowolnym momencie jej trwania w placówce Credit Agricole Bank Polska S.A. lub telefonicznie – za pośrednictwem serwisu telefonicznego – według zasad przyjętych przez Credit Agricole Bank Polska S.A. W każdym wypadku osoba ubiegająca się o ubezpieczenie musi spełniać warunki, o których mowa w ust. 1 i 2. Podpisanie Deklaracji Przystąpienia lub zarejestrowane oświadczenie złożone za pośrednictwem serwisu telefonicznego przez osobę spełniającą wymogi opisane w ust. 1 i ust. 2 skutkować będzie przystąpieniem przez nią do ubezpieczenia jako Ubezpiezonego oraz stanowić będzie dla CACI podstawę do przyjęcia, iż Ubezpieczony spełnia warunki przystąpienia do ubezpieczenia określone w ust. 1 lub ust. 2 oraz że wszystkie informacje wskazane w Deklaracji Przystąpienia lub zarejestrowane za pośrednictwem serwisu telefonicznego są zgodne ze stanem rzeczywistym, co nie uchybia prawu CACI do weryfikacji takich informacji.
4. W przypadku Umowy Pożyczki zaciągniętej w ramach konta wspólnego Ubezpieczonym może być tylko jeden z pożyczkobiorców.
5. Osoba posiadająca dwie lub więcej pożyczki w rachunku, objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej z nich, może ubiegać się o ochronę ubezpieczeniową dla każdej z pozostałych pożyczek na tych samych warunkach i w tych samych granicach.

§ 4. Uprawniony

CACI wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe osobom wskazanym przez Ubezpiezonego (Uprawniony). Uprawnionym jest Bank jak wskazano w Deklaracji Przystąpienia lub nagrany oświadczeniu złożonym za pośrednictwem serwisu telefonicznego.

W wypadku, gdy w okresie między datą zdarzenia ubezpieczeniowego a datą wypłaty świadczenia konto Ubezpiezonego, z którym powiązana jest Umowa Pożyczki, zostanie zasilony jakąkolwiek kwotą, która w dniu wypłaty świadczenia pozwala na pełną spłatę zadłużenia Ubezpiezonego z tytułu Umowy Pożyczki [według stanu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego] jakiegokolwiek świadczenie ubezpieczeniowe na rzecz Uprawnionego nie będzie wypłacone.

W wypadku, gdy w okresie między datą zdarzenia ubezpieczeniowego a datą wypłaty świadczenia konto Ubezpiezonego, z którym powiązana jest Umowa Pożyczki, zostanie zasilony jakąkolwiek kwotą, która w dniu wypłaty świadczenia pozwala na częściową spłatę zadłużenia Ubezpiezonego z tytułu Umowy Pożyczki [według stanu na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego] świadczenie ubezpieczeniowe należne Uprawnionemu zostanie odpowiednio zmniejszone. Powyższe postanowienia znajdują zastosowanie do zdarzenia utraty pracy lub czasowej niezdolności do pracy z zastrzeżeniem, iż stan zadłużenia oceniany jest za każdy z poszczególnych miesięcy, za które świadczenie może być wypłacone.

§ 5. Data rozpoczęcia i okres ochrony ubezpieczeniowej

1. W przypadku złożenia Deklaracji Przystąpienia do Ubezpieczenia i przystąpienia do jednego z Pakietów dodatkowych (Pakiet „Nie Pracuję”, Pakiet „Poważne Zachorowanie”) wraz z Pakietem „Życie Plus” ochrona rozpocznie się z dniem złożenia Deklaracji Przystąpienia. Natomiast w sytuacji złożenia Deklaracji Przystąpienia do Ubezpieczenia i przystąpienia tylko do Pakietu „Życie Plus” w przypadku pożyczki w rachunku uruchomionej przed 15.04.2007, ochrona rozpocznie się w dniu pobrania prowizji za odnowienie pożyczki w rachunku lub podwyższenie limitu pożyczki, zależnie od tego, które z tych wydarzeń nastąpi wcześniej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do Ubezpiezonego, który spełnia warunki określone w § 3, może być udzielana w ciągu całego okresu trwania Umowy Pożyczki. Okres ochrony ubezpieczeniowej kończy się z chwilą zakończenia Okresu Trwania Pożyczki. W przypadku automatycznego przedłużenia Umowy Pożyczki ubezpieczenie jest automatycznie odnawiane (w takim wypadku postanowień ust. 4 nie stosuje się).
3. Odpowiedzialność CACI w stosunku do danego Ubezpiezonego rozpoczyna się dla ubezpieczonych objętych Pakietem „Życie Plus” w dniu objęcia ochroną ubezpieczeniową wskazanym w § 5 ust. 1.
4. Niezależnie od postanowień § 5 ust. 1 i 3 powyżej odpowiedzialność CACI w stosunku do danego Ubezpiezonego objętego:
 - Pakietem „Nie Pracuję” w odniesieniu do ryzyka Czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się po 60 dniach od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową wskazanej w § 5 ust. 1 powyżej; a w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy po 90 dniach od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową wskazanej w § 5 ust. 1 powyżej,
 - Pakietem „Poważne Zachorowanie”, po 90 dniach od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową wskazaną w § 5 ust. 1 powyżej.CACI nie będzie zobowiązany do wypłaty jakichkolwiek świadczeń ubezpieczeniowych w odniesieniu do ryzyk, o których mowa powyżej, w związku ze zdarzeniami ubezpieczeniowymi mającymi miejsce przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanym powyżej.
5. Odpowiedzialność CACI w stosunku do danego Ubezpiezonego wygasa:

- a) z dniem rozwiązania Umowy Pożyczki – w wypadku wypowiedzenia Umowy Pożyczki przez jedną ze stron,
- b) w ostatnim dniu Okresu Rozrachunkowego, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek, o którym mowa w § 3 ust. 2:
 - 75 lat – dla Pakietu „Życie Plus” i Pakietu „Poważne Zachorowanie”,
 - 65 lat – dla Pakietu „Nie Pracuję”.
- c) z dniem wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego zobowiązaniem CACI do zapłaty świadczenia równego pełnej sumie ubezpieczenia (Pakiet „Życie Plus”, Pakiet „Poważne zachorowanie”),
- d) w odniesieniu do odpowiedzialności CACI z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy lub Utraty pracy – z dniem uzyskania przez Ubezpieczonego prawa do Świadczenia Rentowego.
- 6. Wygaśnięcie odpowiedzialności CACI z uwagi na wystąpienie zdarzeń określonych w ust. 5 pkt c i d nie uchybia zobowiązaniu CACI do wypłaty świadczenia już należnego uprawnionemu na podstawie umowy ubezpieczenia w odniesieniu do zdarzeń, o których mowa w tych punktach.

§ 6. Suma ubezpieczenia

- 1. Suma ubezpieczenia z tytułu Śmierci Ubezpieczonego albo jego Całkowitej niezdolności do pracy lub Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji obejmuje wartość następujących zobowiązań Ubezpieczonego wobec Banku:
 - a) 100% wykorzystanej kwoty pożyczki na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego, ale nie więcej niż wysokość przyznanego limitu pożyczki,
 - b) odsetki umowne naliczone na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - c) odsetki umowne od wykorzystanej kwoty pożyczki na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego naliczone za okres od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty ale nie dłużej niż 120 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - d) kwota przekroczenia salda dostępnego spowodowana prowizjami i opłatami bankowymi na dzień wypłaty nie później niż 120 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - e) odsetki karne od przekroczenia salda dostępnego spowodowanego prowizjami i opłatami bankowymi na dzień zdarzenia świadczenia nie później niż 120 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - f) składki zawieszane na dzień zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2. Suma ubezpieczenia na wypadek:
 - a) Utraty pracy – niezależnie od liczby zdarzeń w okresie ubezpieczenia, równa jest wysokości 10% salda zadłużenia z dnia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie więcej niż 10% średniego zadłużenia z 6 ostatnich miesięcy poprzedzających wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego obliczonej na bazie miesięcy kalendarzowych. Świadczenie wypłacane będzie najdłużej przez okres 6 miesięcy, jeżeli w tym okresie Ubezpieczony nie odzyska pracy,
 - b) Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy – niezależnie od liczby zdarzeń w okresie ubezpieczenia, równa jest wysokości 10% salda zadłużenia z dnia zdarzenia ubezpieczeniowego, jednakże w żadnym miesiącu nie może przekraczać 10% średniego zadłużenia z 6 ostatnich miesięcy poprzedzających wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego obliczonej na bazie miesięcy kalendarzowych. Świadczenie wypłacane będzie najdłużej przez okres 6 miesięcy, jeżeli w tym okresie Ubezpieczony nie odzyska zdolności do pracy,
 - c) Groźnej choroby – równa jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 ustalonej na dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 7. Świadczenie ubezpieczeniowe

- 1. W wypadku Śmierci Ubezpieczonego albo jego Całkowitej niezdolności do pracy albo Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji lub Groźnej choroby, CACI wypłaci świadczenie równe sumie ubezpieczenia, ustalonej według stanu dzień wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zgodnie z § 6.
- 2. W wypadku Czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy, CACI wypłacić będzie, w granicach sumy ubezpieczenia, świadczenie równe sumie zobowiązań względem Banku na podstawie Umowy Pożyczki, zgodnie z § 6 powyżej. Świadczenie to należne będzie za okres rozpoczynający się po 60 dniach czasowej niezdolności do pracy.
- 3. W wypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego, CACI wypłacić będzie, w granicach sumy ubezpieczenia, świadczenie równe sumie zobowiązań względem Banku na podstawie Umowy Pożyczki zgodnie z § 6 powyżej. Świadczenie to należne będzie za okres pozostawania bez pracy.
- 4. W przypadku wystąpienia kumulatywnie dwóch zdarzeń: Czasowej niezdolności do pracy i Groźnej choroby spowodowanych tą samą przyczyną CACI wypłaci świadczenie za jedno z tych zdarzeń do wysokości wyższej sumy ubezpieczenia. W przypadku wystąpienia kumulatywnie dwóch zdarzeń: Czasowej niezdolności do pracy i Groźnej choroby spowodowanych różnymi przyczynami CACI wypłaci świadczenie za każde z tych zdarzeń do wysokości właściwych sum ubezpieczenia.
- 5. Świadczenia, o których mowa powyżej, z tytułu Czasowej niezdolności do pracy oraz Utraty pracy płatne są do dnia tego z poniższych zdarzeń, które wystąpi jako pierwsze:
 - a) przywrócenia stanu sprzed wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, wskutek odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy lub jego ponownego zatrudnienia,
 - b) nabycie przez Ubezpieczonego uprawnienia do Świadczenia Rentowego lub świadczenia emerytalnego albo orzeczenie przez lekarza-orzecznika lub komisji lekarskiej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Całkowitej niezdolności do pracy,
 - c) wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej.W przypadku wystąpienia kumulatywnie dwóch zdarzeń: Utraty pracy i Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wypłacane jest świadczenie za jedno z tych zdarzeń.
- 6. Jeżeli w okresie 60 dni od dnia odzyskania przez Ubezpieczonego zdolności do pracy utraconej ze względu na Czasową niezdolność do pracy, w związku z którą CACI wypłacił świadczenie ubezpieczeniowe, powtórnie z tych samych przyczyn wystąpi zdarzenie utraty zdolności do pracy, świadczenie ubezpieczeniowe płatne będzie przez CACI, w granicach sumy ubezpieczenia, od pierwszego dnia okresu powtórnej czasowej niezdolności do pracy i będzie wypłacane przez czas pozostały do końca sześciomiesięcznego okresu odpowiedzialności CACI, o którym mowa w § 6 ust. 2 a powyżej.
- 7. Jeżeli jednak zdarzenie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 60 dni od dnia jej odzyskania zdolności do pracy przez Ubezpieczonego, wówczas uważany będzie za nowe zdarzenie ubezpieczeniowe powodujące konieczność zgłoszenia kolejnego roszczenia o wypłatę świadczenia, do którego ma zastosowanie 60-dniowy okres, o którym mowa w ust. 2.
- 8. Świadczenia ubezpieczeniowe wypłacane są w złotych polskich.

§ 8. Wyłączenia odpowiedzialności CACI

- 1. CACI nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek zadłużenie następujące po dniu zdarzenia ubezpieczeniowego spowodowane przez Ubezpieczonego.
- 2. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte zdarzenia ubezpieczeniowe (śmierć, całkowita niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji, groźna choroba, czasowa niezdolność do pracy) powstałe w związku z chorobą, uszkodzeniem ciała lub niepełnosprawnością, zdiagnozowanymi lub leczonymi w okresie 5 lat poprzedzających podpisanie przez osobę ubezpieczoną Deklaracji Zgody.
- 3. Świadczenie z umowy ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, gdy Śmierć, Całkowita niezdolność do pracy lub Utrata zdolności do samodzielnej egzystencji, Częściowa niezdolność do pracy lub Groźna choroba Ubezpieczonego nastąpi:
 - a) w wyniku popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub podjęcia przez Ubezpieczonego próby samobójczej w okresie dwóch lat od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - b) w wyniku działań wojennych albo okoliczności uzasadniających wprowadzenie stanów nadzwyczajnych: stanu wojennego, stanu wyjątkowego albo stanu klęski żywiołowej, albo w wyniku czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach lub innych masowych rozruchach społecznych,
 - c) w związku ze skażeniem środowiska przez czynne substancje radioaktywne, chemiczne lub biologiczne, w wyniku katastrofy albo aktu terroryzmu,
 - d) w wyniku lub w związku z dokonaniem przez Ubezpieczonego umyślnego samookałeczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego,

- e) w wyniku zdarzenia ubezpieczeniowego wywołanego działaniem Ubezpieczonego w stanie pod wpływem alkoholu, środków odurzających lub innych substancji wyłączających lub ograniczających zdolność działania z rozeznaniem za wyjątkiem sytuacji, w których spożycie powyższych środków nastąpiło wbrew woli Ubezpieczonego lub zgodnie z zaleceniem lekarza, zaś ubezpieczony zachował wymagane okolicznościami środki ostrożności,
 - f) w wyniku zatrucia lub innego rozstroju zdrowia wywołanego spożyciem alkoholu, środków odurzających lub farmakologicznych, lub innych substancji zagrażających zdrowiu, chyba że rodzaj i dawka spożytej substancji wynikać będzie z zaleceń lekarza,
 - g) w związku z nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym bez udziału lekarza, o ile działania te nie zostały podjęte bezpośrednio w celu ratowania życia,
 - h) w związku z kierowaniem przez Ubezpieczonego pojazdem mechanicznym, dla kierowania którym prawo wymaga posiadania odpowiednich kwalifikacji, bez posiadania takich kwalifikacji – w szczególności w wypadku kierowania motocyklem albo samochodem bez posiadania prawa jazdy,
 - i) w związku z przelotem Ubezpieczonego, w jakimkolwiek charakterze, samolotem niedostosowanym w sposób wynikający z przepisów prawa do przewozu pasażerów,
 - j) w związku z uprawianiem przez Ubezpieczonego dyscypliny sportu, której charakter wskazuje na ponadprzeciętne ryzyko utraty życia lub zdrowia; dyscypliny te to: alpinizm i wspinaczka wysokogórska lub skałkowa, speleologia, polarnictwo, wyścigi samochodowe, motocyklowe, motorowe i konne, skoki spadochronowe, lotnictwo, szybownictwo, paralotniarstwo, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, boks, sporty walki, sporty związane z użyciem broni białej, skoki na gumowej linie,
oraz:
 - k) w związku z zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS – w wypadku zachorowania na Groźną chorobę.
4. Świadczenie z Umowy Ubezpieczenia nie zostanie wypłacone, gdy Utrata pracy przez Ubezpieczonego nastąpi:
- a) przed przystąpieniem lub w chwili przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony znajdował się w okresie wypowiedzenia z zastrzeżeniem, iż to wyłączenie stosuje się jedynie do umowy menadżerskiej lub stosunku pracy, istniejących w chwili przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
 - b) w wyniku rozwiązania stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego za porozumieniem stron albo z uwagi na przyczyny wynikające z umowy o pracę lub innego aktu powodującego nawiązanie stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego i określającego treść tego stosunku,
 - c) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez pracodawcę Ubezpieczonego bez wypowiedzenia na podstawie art. 52 lub art. 53 Kodeksu pracy, tj. z winy Ubezpieczonego bądź z uwagi na jego długotrwałą nieobecność w pracy przekraczającą okresy wskazane w art. 53 Kodeksu pracy,
- d) w wyniku rozwiązania stosunku pracy przez Ubezpieczonego, z wyjątkiem rozwiązania bez wypowiedzenia w trybie art. 55 Kodeksu pracy, tj. z winy pracodawcy albo gdy orzeczeniem lekarskim stwierdzonym zostanie szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie Ubezpieczonego, a pracodawca nie przemieszcza go w terminie wskazanym w tym orzeczeniu do innej pracy,
 - e) wygaśnięcia stosunku pracy zawartego na czas nieokreślony, z wyjątkiem sytuacji, o której mowa w art. 63 Kodeksu pracy, tj. z powodu śmierci pracodawcy,
 - f) w wyniku lub w związku z wypowiedzeniem kontraktu menedżerskiego przez Ubezpieczonego,
 - g) w wyniku lub w związku z wypowiedzeniem kontraktu menedżerskiego przez zatrudniającego z winy Ubezpieczonego lub z uwagi na jego długotrwałą nieobecność.

§ 9. Składka

1. Bank zobowiązany jest do pobierania składki z konta Ubezpieczonego, w ramach którego została zawarta Umowa Pożyczki, w każdym miesiącu w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, w wysokości określonej w Tabeli Składek.
2. Składka ubezpieczeniowa jest naliczana codziennie, proporcjonalnie do stanu zadłużenia z tytułu Umowy Pożyczki. Tabela Składek jest doręczona Ubezpieczonemu przy przystąpieniu do ubezpieczenia.
3. Składka ubezpieczeniowa jest pobierana w dniu kapitalizacji odsetek określonym w Umowie konta.
4. Jeżeli na rachunku nie będzie odpowiedniej kwoty środków na pobranie składki ubezpieczeniowej, zostanie ona pobrana przy najbliższym wpływie środków na ten rachunek.

§ 10. Warunki wypłaty świadczenia

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego może nastąpić, o ile CACI otrzyma od Banku pisemne zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego (zgłoszenie roszczenia) objętego ubezpieczeniem ze wskazaniem rodzaju zdarzenia i jego okoliczności. Zgłoszenie zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ubezpieczeniem wraz z niezbędnymi dokumentami i wnioskiem o wypłatę świadczenia (zawartej w zgłoszeniu roszczenia) Bank zobowiązany jest przekazać CACI niezwłocznie po zajściu wypadku objętego ubezpieczeniem. W zależności od rodzaju wypadku ubezpieczeniowego, podstawę do wypłaty świadczenia stanowią następujące dokumenty, które winny być dostarczone Bankowi przez Ubezpieczonego lub inną zainteresowaną osobę oraz załączone do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego:
 - a) w przypadku Śmierci:
 - odpis akt zgonu,
 - karta zgonu Ubezpieczonego lub dokument równoważny, w szczególności zaświadczenie lekarskie wskazujące przyczynę zgonu,
 - b) w przypadku Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji:
 - orzeczenie lekarza-orzecznika lub komisji lekarskiej upoważnionych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Inną właściwą instytucję, stwierdzające niezdolność Ubezpieczonego, będącego emerytem lub rencistą z tytułu niezdolności do pracy, uprawnionym do otrzymywania Świadczenia rentowego, do samodzielnej egzystencji na okres co najmniej 3 lat
oraz
dokument wydany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub organ upoważniony zgodnie z przepisami polskiego prawa przez Inną właściwą instytucję, potwierdzający prawo Ubezpieczonego do emerytury, w przypadku gdy Ubezpieczony jest emerytem, lub prawo Ubezpieczonego do Świadczenia rentowego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest rencistą z tytułu niezdolności do pracy,
 - c) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy:
 - orzeczenie lekarza-orzecznika lub komisji lekarskiej upoważnionych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Inną właściwą instytucję stwierdzające całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego na okres co najmniej 3 lat wraz z wynikającą z takiego orzeczenia decyzją Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub organu upoważnionego zgodnie z przepisami polskiego prawa przez Inną właściwą instytucję,
 - d) w przypadku Utraty pracy:
 - dokument, z którego wynika rozwiązanie stosunku pracy, w szczególności kopia świadectwa pracy lub kopia oświadczenia pracodawcy o wypowiedzeniu umowy,
 - kopia dokumentu potwierdzającego zarejestrowanie Ubezpieczonego jako bezrobotnego i prawo Ubezpieczonego do zasiłku dla bezrobotnych lub kopia dokumentu potwierdzającego otrzymanie zasiłku, przy czym dokument poświadczający prawo do pobierania zasiłku powinien być doręczany przed każdorazową wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego,
 - e) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy:
 - zaświadczenie lekarskie określające przyczyny i okres niezdolności do pracy,
 - kopie dokumentów potwierdzających wysokość zasiłków wypłaconych ubezpieczonemu przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w związku z niezdolnością do pracy,

- kopia oświadczenia pracodawcy złożonego na potrzeby Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o wysokości wynagrodzenia i innych świadczeń wypłaconych ubezpieczonemu za okres niezdolności do pracy,
- f) w przypadku zachorowania na Groźną chorobę:
 - kopia dokumentacji medycznej diagnozującej wystąpienie i historię choroby.
- 2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, CACI informuje o tym Bank oraz Ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości odszkodowania, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Bank, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odszkodowania. Ubezpieczyciel wysyła informację do Ubezpieczonego lub Banku drogą elektroniczną po uzyskaniu zgody Ubezpieczonego na otrzymywanie korespondencji w takiej formie. Wszelkie informacje kierowane przez Ubezpieczyciela do osób trzecich wymagają formy pisemnej.
- 3. W uzasadnionych wypadkach CACI może uzależnić wypłatę odszkodowania od dodatkowej oceny okoliczności podanych w zgłoszeniu zdarzenia ubezpieczeniowego. W szczególności CACI może zwrócić się o złożenie dodatkowych wyjaśnień, informacji lub dokumentów. Żądanie takie zostanie doręczone Bankowi w terminie 15 dni od dnia otrzymania przez CACI wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zawierającego informacje zgodnie z ust. 1 powyżej.
- 4. CACI, w wypadku usprawiedliwionej potrzeby i w zakresie wynikającym z charakteru wypadku, może również zażądać od Ubezpieczonego, aby poddał się określonym badaniom lekarskim u lekarza wskazanego przez CACI. Koszty badania pokrywa CACI.
- 5. CACI wypłaci świadczenie uprawnionemu w terminie 30 dni od daty otrzymania wszystkich dokumentów niezbędnych do oceny okoliczności wypadku ubezpieczeniowego, wskazanych w ust. 1, a w przypadku określonym w ust. 3 i 4 – w terminie 30 dni od daty uzyskania potrzebnych informacji dodatkowych.
- 6. CACI może odmówić wypłaty świadczenia, jeśli ubezpieczony bezpodstawnie odmówi poddania się badaniom określonym przez CACI, nie przedstawi wymaganych dokumentów lub poda nieprawdziwe lub niepełne informacje na temat okoliczności wypadku.
- 7. CACI odmówi wypłaty świadczenia, jeśli z poczynionych ustaleń faktycznych wynika, że do zdarzenia ubezpieczeniowego nie doszło albo że zachodzą okoliczności wyłączone odpowiedzialność CACI.
- 8. W sytuacji, gdy CACI odmówi wypłaty świadczenia, albo gdy wypłaci je w wysokości niższej, niż wskazana w zgłoszeniu wypadku ubezpieczeniowego, CACI poinformuje o tym pisemnie uprawnionego, wskazując okoliczności faktyczne oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. CACI pouczy także uprawnionego o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 11 Odstąpienie od umowy

Ubezpieczony może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od jej zawarcia. Odstąpienie od umowy może nastąpić przez złożenie oświadczenia w formie listu poleconego i poprzez złożenie pisemnego oświadczenia w dowolnej placówce Banku. W tym czasie nie jest możliwe wykonywanie obowiązków z tytułu umowy ubezpieczenia, chyba że umówiono się inaczej, w sposób wyraźny lub dorozumiany, w szczególności wtedy, gdy Ubezpieczony w tym okresie korzysta z Umowy Pożyczki.

§ 12 Rezygnacja z ubezpieczenia

Ubezpieczony może w każdym czasie zrezygnować z ubezpieczenia poprzez złożenie oświadczenia w formie pisemnej w dowolnej placówce Banku, w formie listu poleconego lub za pośrednictwem serwisu telefonicznego. Oświadczenie takie jest skuteczne w momencie jego dostarczenia.

§ 13 Skargi

Ubezpieczony lub zgłaszający roszczenie może:

- złożyć skargę dotyczącą Ochrony ubezpieczeniowej administratorowi (Credit Agricole Service Sp. z o.o., ul. Legnicka 51-53,54-203 Wrocław) w terminie 30 dni od dnia doręczenia mu odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela;
- w przypadku, gdy Ubezpieczony/zgłaszający roszczenie nie jest usatysfakcjonowany odpowiedzią administratora, może złożyć skargę Ubezpieczycielowi (CACI Life Limited oraz CACI Non-Life Limited, Beaux Lane House, Mercer Street Lower, Dublin 2, Irlandia); oraz
- w przypadku, gdy Ubezpieczony/zgłaszający roszczenie nie jest usatysfakcjonowany odpowiedzią Ubezpieczyciela, może złożyć skargę do Rzecznika Ubezpieczonych, al. Jerozolimskie 44, 00-024 Warszawa.

§ 14. Inne postanowienia

1. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstałe w związku z ubezpieczeniem, będą rozstrzygane przez polskie sądy powszechne właściwe dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, albo siedziby Ubezpieczyciela lub Banku według wyboru powoda.
2. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone na drodze sądowej w terminie 3 lat od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisy prawa polskiego.