

WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW Credit Agricole Bank Polska S.A.

Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

1. Użyte w niniejszym wyciągu określenia oznaczają:
 - 1) Ubezpieczyciel – w przypadku ryzyka zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., w przypadku ryzyka utraty pracy – Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2,
 - 2) Ubezpieczający - Credit Agricole Bank Polska S.A. z siedzibą we Wrocławiu, pl. Orłąt Lwowskich 1,
 - 3) ubezpieczony - osoba, której życie lub zdrowie jest ubezpieczone, będąca kredytobiorcą lub współkredytobiorcą,
 - 4) uposażony - osoba, której wypłacane jest świadczenie w razie zgonu ubezpieczonego,
 - 5) uprawniony - osoba upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż zgon ubezpieczonego,
 - 6) kredyt – kredyt udzielany ubezpieczonemu na podstawie umowy kredytowej zawartej z Ubezpieczającym,
 - 7) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną – oświadczenie woli kredytobiorcy, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową na warunkach opisanych w niniejszym wyciągu, złożone pisemnie lub ustnie za pośrednictwem serwisu telefonicznego, Internetu, serwisu internetowego lub każdego innego akceptowanego przez Ubezpieczającego kanału komunikacji (nośnika informacji),
 - 8) zgon - śmierć ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszego wyciągu,
 - 9) całkowita niezdolność do pracy – w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych jest to stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonym na okres co najmniej 5 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy; w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy jest to stan niesprawności powodujący konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych, potwierdzony orzeczeniem o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczonym na okres co najmniej 2 lat, wydanym przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności,
 - 10) czasowa niezdolność do pracy - niemożność świadczenia przez ubezpieczonego pracy potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszego wyciągu,
 - 11) poważne zachorowanie - co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach niniejszej umowy, z uwzględnieniem wyłączeń z Rozdziału 11 niniejszego wyciągu:
 - zawał serca - martwica części mięśnia sercowego w następstwie przerwania dopływu krwi wykazana w wywiadzie przez występujące łącznie typowe objawy: długotrwałe bóle klatki piersiowej, nowe zmiany EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz zwiększony poziom enzymów sercowych,
 - udar mózgu - incydent mózgowy pochodzenia naczyniowego wywołujący trwałe, udokumentowane ubytki neurologiczne w postaci uszkodzenia tkanki mózgowej,
 - niewydolność nerek - końcowe stadium niewydolności nerek spowodowane uszkodzeniem lub upośledzeniem funkcji obu nerek, wymagające przeprowadzania regularnych dializ lub przeszczepu nerki,
 - nowotwór - stan niekontrolowanego rozrostu komórek nowotworowych, w tym nowotwory krwi, choroba Hodgkina, udokumentowane biopsją i wynikiem badania histopatologicznego. Ochroną nie są objęte nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego,
 - chirurgiczne leczenie naczyń wieńcowych - wykonanie chirurgicznego zabiegu (bypass) likwidacji zwężenia lub blokady naczyń wieńcowych za pomocą wszczepienia pomostów aortalno-wieńcowych z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych.

- 12) utrata pracy – zdarzenie objęte ubezpieczeniem, polegające na utracie zatrudnienia wskutek rozwiązania przez pracodawcę stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony 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 w ramach niniejszego wyciągu,
- 13) data utraty pracy – dzień wygaśnięcia stosunku pracy lub stosunku służbowego,
- 14) nieszczęśliwy wypadek – nagle zdarzenie spowodowane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ubezpieczonego,
- 15) wiek – liczba pełnych lat pomiędzy danym dniem a datą urodzenia kredytobiorcy.
- 16) umowa ubezpieczenia – Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców – Polisa nr LUK/04 zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Credit Agricole Bank Polska S.A. oraz Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców – Polisa nr LUK/05 zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers Spółka Akcyjna Oddział w Polsce a Credit Agricole Bank Polska S.A.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

- 1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonych oraz ryzyko utraty pracy przez ubezpieczonych.
- 2. W zależności od opcji zakresu ochrony Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
 - Opcja 1) zgon ubezpieczonego lub jego całkowita niezdolność do pracy,
 - Opcja 2) zgon ubezpieczonego lub jego całkowita niezdolność do pracy oraz czasowa niezdolność do pracy – w odniesieniu do kredytobiorców, którzy w dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną prowadzili własną działalność gospodarczą lub byli zatrudnieni na podstawie umowy o pracę zawartej na czas określony,
 - Opcja 3) zgon ubezpieczonego lub jego całkowita niezdolność do pracy oraz poważne zachorowanie w odniesieniu do kredytobiorców, którzy w dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną uzyskiwali dochód z tytułu emerytury lub renty lub innych źródeł nie wymienionych w opcji 2) i 4),
 - Opcja 4) zgon ubezpieczonego lub jego całkowita niezdolność do pracy lub utrata pracy przez Ubezpieczonego świadczonej na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony.
- 3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych wyciągu, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6.

Rozdział 3. Przystąpienie do ubezpieczenia.

- 1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, będąca kredytobiorcą głównym lub współkredytobiorcą, spełniająca warunki określone w ust. 2, w stosunku do której:
 - 1) suma wieku, w dniu objęcia ubezpieczeniem, i okresu kredytowania nie przekracza:
 - a) w przypadku kredytów gotówkowych oraz kredytów na zakup towarów/usług - 76 lat dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 1) i 3) oraz 66 lat dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 2) i 4),
 - b) kredytów na zakup towarów/usług oferowanych przez wskazanego przez Ubezpieczającego pośrednika - 71 lat dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 1) i 3), oraz 66 lat, dla osób ubezpieczonych w ramach opcji 2) i 4).
- 2. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem osoby, o której mowa w ust. 1 jest, aby osoba ta:
 - 1) wyraziła zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową – w formie Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną,
 - 2) zawarła z Ubezpieczającym umowę kredytową.

Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

- 1. Objęcie danej osoby odpowiedzialnością Ubezpieczyciela następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
- 2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - 1) w dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek śmierci lub całkowitej niezdolności do pracy,
 - 2) sześćdziesiątego dnia po dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy,
 - 3) dziewięćdziesiątego dnia po dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania lub utraty pracy.

Rozdział 5. Wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia.

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez Ubezpieczającego w formie listu poleconego z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy w terminie 7 dni od daty jej zawarcia.
3. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
4. Jeżeli składka za określonego ubezpieczonego nie została zapłacona w terminie 30 dni, od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem tego ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka, wygasa z upływem 30 dnia od terminu płatności składki, jeżeli Ubezpieczyciel uprzednio pisemnie wezwał Ubezpieczającego do zapłacenia składki w wyznaczonym przez Ubezpieczyciela terminie.
5. Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie może dotyczyć osób już ubezpieczonych, wobec których odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa zgodnie z postanowieniami Rozdziału 10.

Rozdział 6. Sumy ubezpieczenia – wysokość świadczeń.

1. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego kredytobiorcy w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej, 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,
 - 7) do ustalania wysokości sumy ubezpieczenia w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej nie są brane pod uwagę wypłaty zaksięgowane z datą księgową po tym dniu oraz operacje związane z rozliczeniem kredytu, dokonane z datą księgową po tym dniu.
2. W przypadku zgonu ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 7 ust. 2, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w umowie ubezpieczenia.
3. W razie uznania ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do pracy świadczenie Ubezpieczyciela równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 7 ust. 2, sumie ubezpieczenia, której wysokość określona jest w umowie ubezpieczenia, na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 7 ust. 2, świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w umowie ubezpieczenia.
5. Świadczenie Ubezpieczyciela w razie czasowej niezdolności do pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 7 ust. 2, kwocie miesięcznych spłat należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po 60 kolejnych dniach przerwy w pracy spowodowanej czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy. Świadczenie wypłacane jest w kwotach i terminach określonych w aktualnym harmonogramie spłat kredytu.
6. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 5, nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości miesięcznej wymaganej spłaty, należnej z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej czasowej niezdolności do pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego, z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców.
7. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 5, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) dnia, w którym ubezpieczony ukończył 66 lat,
 - 3) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.

8. 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, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 5, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
9. 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 wywołujące obowiązek zgłoszenia kolejnego roszczenia o wypłatę świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 5, przypadającego na okres nowej niezdolności do pracy, po upływie 60 kolejnych dni przerwy w pracy.
10. Świadczenie Ubezpieczyciela w razie utraty pracy równe jest, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 7 ust. 2, kwocie miesięcznych spłat należnych z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, jakie przypadają do zapłaty po dacie utraty pracy zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat kredytu.
11. Przysługujące świadczenie miesięczne wypłacane jest osobie uprawnionej w kwocie miesięcznej spłaty należnej z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu oraz terminie płatności tej spłaty.
12. Łączna liczba świadczeń Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 10, nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości miesięcznej wymaganej spłaty, należnej z tytułu zawartej przez ubezpieczonego umowy kredytu, której termin płatności upłynął przed datą ostatniej utraty pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (utrat pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do ubezpieczonego, z tytułu Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców.
13. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 10, przestaje być wypłacane począwszy od:
 - a) dnia, w którym ubezpieczony ukończył 66 lat,
 - b) pierwszego dnia po dacie ponownego zatrudnienia.

Rozdział 7. Składki.

1. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w odniesieniu do tych ubezpieczonych, za których została opłacona składka ubezpieczeniowa należna za miesiąc poprzedzający zajście zdarzenia.
2. 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.
3. W przypadku całkowitej spłaty kredytu przed terminem przewidzianym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu, Ubezpieczający zwróci Ubezpieczonemu część pobranej składki, odpowiadającą niewykorzystanemu okresowi ubezpieczenia pomiędzy datą wcześniejszej całkowitej spłaty kredytu a ustaloną w umowie datą spłaty ostatniej raty kredytu.

Rozdział 8. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, wypłacane są osobie uposażonej lub uprawnionej do otrzymania świadczenia.
2. Wniosek o realizację świadczenia, wraz z odpowiednimi dokumentami, uposażony lub uprawniony do odbioru świadczenia zobowiązany jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
3. Przysługujące świadczenie jest spełniane w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, zależnie od tytułu z jakiego występuje roszczenie o świadczenie, to jest:
 - 1) w przypadku zgonu:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) odpis aktu zgonu ubezpieczonego,
 - c) zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta zgonu),
 - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu zgonu,
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala, protokół lub raport policyjny z miejsca wypadku, lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę).
 - 2) w przypadku całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) - w przypadku osób uprawnionych do świadczeń rentowych - orzeczenie wydane przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niezdolności do pracy, określające stan zdrowia ubezpieczonego jako całkowitą niezdolność do pracy przez okres co najmniej 5 lat;
- w przypadku emerytów i rencistów z tytułu całkowitej niezdolności do pracy - orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji orzeczone na okres co najmniej 2 lat, wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub inny właściwy organ uprawniony do orzekania o stopniu niepełnosprawności;

- c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy,
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala).
- 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
 - c) dowody wypłat zasiłku chorobowego ZUS oraz wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy, lub za każdy miesiąc zwolnienia lekarskiego,
 - d) informacja pracodawcy (wysyłana również do ZUS-u) dotycząca wynagrodzenia lub świadczenia wypłacanego za dni, w których ubezpieczony przebywał na zwolnieniu lekarskim,
 - e) harmonogram spłat kredytu,
 - f) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - g) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala).
- 4) w przypadku poważnego zachorowania:
- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczonego,
 - c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną,
 - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia poważnego zachorowania,
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dokumentacja medyczna z leczenia w rejonowej placówce opieki zdrowotnej i ze szpitala).
- 5) każdorazowo po utracie pracy:
- a) zgłoszenie roszczenia o świadczenie,
 - b) dokument potwierdzający wypowiedzenie przez pracodawcę umowy o pracę (np. kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kopia świadectwa pracy),
 - c) dokument potwierdzający zatrudnienie na czas nieokreślony,
 - d) zaświadczenie o statusie bezrobotnego,
 - e) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową,
 - f) harmonogram spłat kredytu.
- Przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego – dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych.
4. Gdyby wyjaśnienie w terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie, o którym mowa w ust. 3.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel stwierdzi, że wniosek o realizację świadczenia nie zawiera niezbędnych dokumentów określonych powyżej, zobowiązany jest do wezwania Ubezpieczającego do ich uzupełnienia w terminie 14 dni od otrzymania wniosku o realizację świadczenia. Termin rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela uzupełnionego wniosku wynosi 7 dni od dnia otrzymania dokumentów uzupełniających, jednak nie dłużej niż do 7 dnia po upływie okresu 90 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia. Po tym terminie Ubezpieczyciel zobowiązany jest do natychmiastowego podjęcia decyzji na podstawie posiadanej dokumentacji.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel stwierdzi, że wniosek o realizację świadczenia wymaga uzupełnienia o inne dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia, zobowiązany jest do wystąpienia o dodatkowe dokumenty oraz poinformowania o tym fakcie Ubezpieczającego w terminie 14 dni od otrzymania wniosku o realizację świadczenia. W takim wypadku termin rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku wynosi 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, jednak nie dłużej niż do 7 dnia po upływie okresu 90 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o realizację świadczenia. Po tym terminie Ubezpieczyciel zobowiązany jest do natychmiastowego podjęcia decyzji na podstawie posiadanej dokumentacji.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie 14 dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczeń oraz oryginałów lub potwierdzonych przez Ubezpieczającego kopii wszystkich dokumentów niezbędnych do wypłaty świadczenia, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.
8. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).



Rozdział 9. 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. Udzielenie przez ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

Rozdział 10. Wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa w stosunku do każdego ubezpieczonego:
 - 1) w przypadku kredytów gotówkowych oraz kredytów na zakup towarów/usług - w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 76 lat, w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 1) lub 3), lub w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 66 lat - w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 2) i 4); natomiast w przypadku kredytów na zakup towarów /usług oferowanych przez wskazanego przez Ubezpieczającego pośrednika - w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 71 lat, w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 1) lub 3), lub w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 66 lat - w odniesieniu do kredytobiorców ubezpieczonych w ramach opcji 2) i 4),
 - 2) 30 dnia po dniu określonym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - 3) jeżeli Ubezpieczający odradza kredytobiorcy termin spłaty kredytu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela trwa do dnia całkowitej spłaty kredytu, nie dłużej jednak niż:
 - a) przez sześć miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - b) Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczającego, może przedłużyć okres ubezpieczenia do maksymalnie dwunastu miesięcy, licząc od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu,
 - c) Ubezpieczyciel, na wniosek Ubezpieczającego, przedłuża okres ubezpieczenia do maksymalnie dwunastu miesięcy od daty przewidzianej wstępnie jako dzień spłaty ostatniej raty kredytu w przypadku zawieszenia spłaty kredytu zgodnie z art. 131 Ustawy z dnia 21.11.1967r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2002, Nr 21, poz 205),
 - 4) w dniu całkowitej spłaty kredytu, jeżeli kredyt zostaje spłacony całkowicie przed terminem przewidzianym w umowie kredytowej jako dzień spłaty ostatniej raty,
 - 5) w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie, o którym mowa w Rozdziale 5 ust. 4,
 - 6) w dniu zgonu ubezpieczonego, orzeczenie u ubezpieczonego całkowitej niezdolności do pracy lub wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 - 7) w odniesieniu do całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o niezdolności ubezpieczonego do pracy lub ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego.

Rozdział 11. Wyłączenia odpowiedzialności.

1. W odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek zgonu, całkowitej niezdolności do pracy, czasowej niezdolności do pracy i poważnego zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - 1) samobójstwem lub próbą samobójstwa, które miały miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia zawarcia na rzecz danego ubezpieczonego umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniem ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających, za wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie lub zażycie tych środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 3) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - 4) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
 - 5) następstwami i konsekwencjami chorób stwierdzonych przez lekarza przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wypadków zaistniałych przed tym dniem,
 - 6) 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,
 - 7) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy),
 - 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych dyscyplin sportu, za które uważa się: boks, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, jeździectwo, alpinizm, lotniarstwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, szermierkę, sporty obronne, kajakarstwo wysokogórskie, taternictwo jaskiniowe, skoki do wody, pletwonurkowanie, szybownictwo oraz czynnym udziałem w zawodach, wyścigach, rajdach i treningach sportowych,



- 9) uczestnictwem w locie, w charakterze pilota, członka załogi lub pasażera samolotu wojskowego lub prywatnego nie posiadającego licencji na przewóz pasażerów,
 - 10) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania ubezpieczonego,
 - 11) umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę ubezpieczonego.
2. W odniesieniu do ubezpieczenia Ubezpieczeń wypadek utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy:
 - 1) utrata pracy nastąpiła przed upływem 90 dni od daty objęcia ubezpieczeniem,
 - 2) utrata pracy nastąpiła w związku z rozwiązaniem stosunku pracy lub stosunku służbowego przez 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 Kodeksu 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.

Rozdział 12. Przedawnienie roszczeń.

1. Roszczenia z umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

Rozdział 13. Postanowienia końcowe.

1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
Cardif Assurances Risques Divers SA Oddział w Polsce
Pl. Piłsudskiego 2
00-073 Warszawa
2. 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 ubezpieczenia.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym wyciągu mają zastosowanie przepisy prawa polskiego a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej.

wu/kredCARDIF/1/120202

