

# WYCIĄG Z WARUNKÓW UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO POŻYCZKOBIORCÓW (INDEKS BWE/01DG)

## Rozdział 1. Postanowienia ogólne.

Użyte w niniejszym Wyciągu określenia oznaczają:

- 1) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.;
- 2) **Ubezpieczający** – Meritum Bank ICB Spółka Akcyjna;
- 3) **Ubezpieczony** – osoba objęta ubezpieczeniem, będąca Pożyczkobiorcą;
- 4) **uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której wypłacane jest świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego;
- 5) **uprawniony** – Ubezpieczony lub osoba wskazana przez Ubezpieczonego jako upoważniona do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego;
- 6) **Pożyczkobiorca** – Ubezpieczony, któremu Ubezpieczający udzielił pożyczki;
- 7) **pożyczka** – pożyczka udzielona Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy pożyczki;
- 8) **kredyt** – kredyt udzielony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczającego na podstawie umowy kredytu;
- 9) **Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową** – oświadczenie Banku i Pożyczkobiorcy dotyczące objęcia Pożyczkobiorcy ochroną ubezpieczeniową, zawarte w umowie pożyczki;
- 10) **ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielona przez Ubezpieczyciela na warunkach umowy ubezpieczenia oraz warunków ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzeń w nich przewidzianych;
- 11) **świadczenie** – umówiona suma pieniężna;
- 12) **wiek** – liczba ukończonych pełnych lat życia;
- 13) **śmierć** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 10 niniejszego wyciągu;
- 14) **trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, potwierdzony zaświadczeniem wydanym przez lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy orzeczonej na okres co najmniej 5 lat z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 10 niniejszego wyciągu;
- 15) **czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku, zwana dalej leczeniem szpitalnym NNEW** – niezdolność do pracy Ubezpieczonego spowodowana leczeniem w szpitalu następstw nieszczęśliwego wypadku, potwierdzona dokumentacją leczenia szpitalnego, trwająca co najmniej 7 dni z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 10 niniejszego wyciągu;
- 16) **czasowa niezdolność do pracy** – trwająca co najmniej 60 dni niemożność świadczenia dotychczasowej pracy przez Ubezpieczonego potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim, w wyniku którego Ubezpieczony nabywa uprawnienie do pobierania wynagrodzenia za okres choroby lub zasiłku chorobowego, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 10 niniejszego wyciągu;
- 17) **poważne zachorowanie** – co najmniej jedna z niżej zdefiniowanych chorób, o ile jej stwierdzenie przez lekarza nastąpiło po dniu objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia, z uwzględnieniem wyłączeń odpowiedzialności z Rozdziału 10 niniejszego wyciągu:
  - **zawał serca** – pierwszy w życiu Ubezpieczonego przypadek martwicy części mięśnia sercowego w następstwie nagłego przerwania dopływu krwi. Rozpoznanie musi być oparte na łącznym wystąpieniu typowych objawów: bóle klatki piersiowej, świeże zmiany w zapisie EKG charakterystyczne dla świeżo przebytego zawału serca oraz znacznie zwiększony poziom enzymów sercowych we krwi;
  - **udar mózgu** – nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Ubezpieczonemu nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu;
  - **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
  - **nowotwór (rak)** – guz złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek potwierdzony badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa, w tym białaczkę, chłoniaka złośliwego, choroba Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego, czerniak złośliwy oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Nie objęte są nowotwory będące wynikiem zakażenia wirusem HIV, nieinwazyjne nowotwory in-situ oraz inne nowotwory skóry;
  - **chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych** – operacja chirurgiczna przy otwartej klatce piersiowej mająca na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego, poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej z wyłączeniem wszelkich innych zabiegów na naczyniach wieńcowych;
  - **przeszczep narządów** – zabieg operacyjny polegający na przeszczepieniu serca, płuca, wątroby, trzustki, szpiku kostnego lub nerki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą, a zabieg wykonywany jest na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub w innym państwie na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantacyjnego;
- 18) **nieszczęśliwy wypadek** – oznacza zdarzenie powstałe wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- 19) **opłaty** – miesięczne opłaty eksploatacyjne związane z użytkowaniem nieruchomości, do których pokrywania zobowiązany jest Ubezpieczony (tj.: czynsz, gaz, energia elektryczna, centralne ogrzewanie, usługi wodno-kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci, ochrona nieruchomości, abonament za TV i Internet, miejsce postojowe lub parkingowe);
- 20) **„bezpieczne opłaty”** – ubezpieczenie polegające na wypłacie umówionej sumy pieniężnej w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną, w oparciu o rachunki lub faktury przedstawione przez Ubezpieczonego, dotyczące miesięcznych opłat związanych z użytkowaniem nieruchomości, do pokrywania których zobowiązanych jest Ubezpieczony.

## Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonych.
2. W zależności od opcji wybranej przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń:
  - Opcja 1) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym NNEW,
  - Opcja 2) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym NNEW, czasowa niezdolność do pracy oraz poważne zachorowanie,
  - Opcja 3) zgon Ubezpieczonego, jego trwała i całkowita niezdolność do pracy, czasowa niezdolność do pracy spowodowana leczeniem szpitalnym NNEW, czasowa niezdolność do pracy, poważne zachorowanie wraz z dodatkowym świadczeniem „bezpieczne opłaty” w przypadku czasowej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego.
3. W razie zajścia zdarzenia przewidzianego w ust. 2 odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie uposażonemu lub uprawnionemu świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6.

## Rozdział 3. Objęcie ochroną ubezpieczeniową.

1. Ubezpieczeniem może zostać objęta osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która w dniu podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową spełnia wszystkie warunki określone poniżej:
  - 1) jest Pożyczkobiorcą, któremu udzielono pożyczki(czek)/kredytu(ów) w (łącznej) wysokości nieprzekraczającej 500.000 PLN, z zastrzeżeniem, iż ograniczenie dotyczy wyłącznie pożyczki(ek)/kredytu(ów) udzielonych w ramach obowiązujących umów pożyczki(ek)/kredytu(ów), przy zawieraniu których Pożyczkobiorca został objęty ubezpieczeniem,
  - 2) jej wiek, wraz z okresem kredytowania, nie przekracza 75 lat,
  - 3) jest obywatelem lub rezydentem Rzeczypospolitej Polskiej.

- Objęcie ubezpieczeniem Pożyczkobiorców, których wiek przekracza limit 75 lat lub którym udzielono pożyczki(czek) w wysokości wyższej niż 300.000 PLN, wymaga każdorazowo zgody Ubezpieczyciela udzielonej na piśmie. Zgoda Ubezpieczyciela wymagana jest również wtedy, gdy kwota udzielonej pożyczki nie przekracza 300.000 PLN, lecz suma pożyczki(ek)/kredytu(ów), przy zawieraniu których Pożyczkobiorca został objęty ubezpieczeniem – przekracza 500.000 PLN, z zastrzeżeniem dalszych postanowień niniejszego ustępu. Przy obliczaniu sumy kredytów/pożyczek, o których mowa w zdaniu poprzednim, pod uwagę brana jest łączna kwota aktualnego zadłużenia z tytułu kapitału tych umów, powiększona o kwotę pożyczki udzielonej na podstawie nowej umowy pożyczki.
- W przypadku Pożyczkobiorców, o których mowa w ust. 2, w celu akceptacji ryzyka, Ubezpieczyciel może żądać wypełnienia przez Pożyczkobiorcę kwestionariusza medycznego lub przeprowadzenia badania lekarskiego w zakresie niezbędnym do oszacowania ryzyka.

#### Rozdział 4. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

- Objęcie Pożyczkobiorcy ochroną ubezpieczeniową następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 niniejszego Rozdziału.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
  - w dniu podpisania przez Ubezpieczonego umowy pożyczki w odniesieniu do zdarzenia śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego NNW;
  - dziewięćdziesiątego dnia po dniu podpisania przez Ubezpieczonego umowy pożyczki w przypadku czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania.
- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż w dniu uruchomienia pożyczki przez Ubezpieczającego.

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

- Ubezpieczony może w formie pisemnej zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia.
- Skuteczne odstąpienie od umowy pożyczki jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku, gdy Pożyczkobiorca złoży pisemną rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni, od dnia zawarcia umowy pożyczki, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
- W przypadku ryzyka śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania, gdy ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem okresu trwania ochrony Ubezpieczeniowej („okres”), za który została zapłacona składka ubezpieczeniowa i jednocześnie świadczenie nie zostało wypłacone w wysokości równej Sumie Ubezpieczenia, o której mowa w Rozdziale 6 niniejszych WU, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego o zwrot składki za niewykorzystany okres, zwróci Ubezpieczającemu część składki pobranej za świadczoną ochronę ubezpieczeniową, odpowiadającą okresowi pozostającemu do zakończenia ochrony ubezpieczeniowej, obliczonej według poniższego wzoru:

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

Gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – pierwotna składka ubezpieczeniowa

n – pierwotna liczba miesięcy ochrony ubezpieczeniowej

k – ostatni miesiąc ochrony ubezpieczeniowej

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

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

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

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

Gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – pierwotna składka ubezpieczeniowa

n – pierwotna liczba miesięcy ochrony ubezpieczeniowej

k – ostatni miesiąc ochrony ubezpieczeniowej

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

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

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

- Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania Ubezpieczonego, w poszczególnym dniu trwania ochrony ubezpieczeniowej, równa jest kapitałowi pożyczki pozostającemu do spłaty w tym dniu, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek śmierci, której wysokość określona jest w ust. 1 – obliczanej na dzień śmierci.
- W razie uznania Ubezpieczonego za trwale i całkowicie niezdolnego do pracy, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeczenie określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy. W przypadku zaś, gdy zgodnie z orzeczeniem trwała i całkowita niezdolność do pracy powstała przed datą wydania orzeczenia, świadczenie Ubezpieczyciela równe jest sumie ubezpieczenia na dzień wystąpienia tejże niezdolności.
- W przypadku poważnego zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, której wysokość określona jest w ust. 1, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5. Wysokość świadczenia ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania.
- W przypadku Pożyczkobiorców objętych ochroną w ramach Opcji 3, o której mowa w Rozdziale 2 ust. 2, wysokość świadczenia z tytułu poważnego zachorowania zostanie powiększona o kwotę równą trzykrotności miesięcznych opłat, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w miesiącu, w którym wystąpiło poważne zachorowanie, nie więcej jednak niż:

- a) 1500 PLN – w odniesieniu do Pożyczkobiorców, dla których początkowa kwota pożyczki wynosiła nie więcej niż 20 000 PLN,
  - b) 3000 PLN – w odniesieniu do Pożyczkobiorców, dla których początkowa kwota pożyczki wynosiła powyżej 20 000 PLN.
6. Świadczenie Ubezpieczyciela w przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego równe jest kwocie rat pożyczki i odsetek od kapitału pożyczki należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy pożyczki, jakie przypadają do zapłaty po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego. Świadczenia wypłacane są w okresie czasowej niezdolności do pracy, w kwotach i terminach określonych w umowie pożyczki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
7. Łączna kwota świadczeń Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości raty pożyczki, której termin upłynął przed datą pierwszej niezdolności do pracy, bez względu na liczbę zdarzeń (czasowych niezdolności do pracy) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem, że wysokość pojedynczego świadczenia nie może być wyższa niż 6 150 PLN oraz z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
8. W przypadku Pożyczkobiorców objętych ochroną w ramach Opcji 3, o której mowa w Rozdziale 2 ust. 2, wysokość świadczenia miesięcznego z tytułu czasowej niezdolności do pracy zostanie powiększona o kwotę równą wysokości miesięcznych opłat, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w danym miesiącu, nie więcej jednak niż:
- a) 500 PLN – w odniesieniu do Pożyczkobiorców, dla których początkowa kwota pożyczki wynosiła nie więcej niż 20 000 PLN,
  - b) 1000 PLN – w odniesieniu do Pożyczkobiorców, dla których początkowa kwota pożyczki wynosiła powyżej 20 000 PLN,
- z zastrzeżeniem, że suma świadczenia miesięcznego, o którym mowa w niniejszym ustępie i zasiłku chorobowego otrzymywanego z tytułu czasowej niezdolności do pracy nie może przekroczyć średniego dochodu netto uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w ciągu 6 kolejnych miesięcy bezpośrednio poprzedzających datę wystąpienia czasowej niezdolności do pracy. Z tytułu czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 świadczeń miesięcznych.
9. W każdym przypadku świadczenie, o którym mowa w ust. 6-8, przestaje być wypłacane począwszy od:
- 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty lub emerytury z ubezpieczenia społecznego,
  - 2) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
10. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 6-8, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
11. Jeżeli nawrót niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek kolejnego świadczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 6-8, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie kolejnych 60 dni niezdolności do pracy.
12. Świadczenie Ubezpieczyciela w razie czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW równe jest kwocie rat pożyczki i odsetek od kapitału pożyczki należnych z tytułu zawartej przez Ubezpieczonego umowy pożyczki, jakie przypadają do zapłaty w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni, z zastrzeżeniem, że świadczenie przestaje być wypłacane od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu. Świadczenia wypłacane są w kwotach i w terminach określonych w umowie pożyczki.
13. Świadczenie Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 12, nie może przekroczyć kwoty równej 6-krotnej wysokości ostatniej raty pożyczki, której termin płatności upłynął przed datą pobytu w szpitalu bez względu na liczbę zdarzeń (pobyków w szpitalu) w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że wysokość pojedynczego świadczenia nie może być wyższa niż 6 150 PLN.
14. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej składki.

#### **Rozdział 7. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia.**

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną udzieloną przez Ubezpieczyciela, wypłacane są uposażonemu lub uprawnionemu, z zastrzeżeniem, że dodatkowo świadczenia z tytułu ubezpieczenia „bezpieczne opłaty”, o których mowa odpowiednio w Rozdziale 6 ust. 5 lub ust. 8, wypłacane są Ubezpieczonemu.
2. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem po rozwiązaniu umowy pożyczki przed terminem, na który przypadał termin spłaty ostatniej raty pożyczki przewidziany wstępnie w umowie pożyczki (wcześniejsza całkowita spłata), świadczenia wypłacane są według następujących zasad:
  - 1) świadczenie z tytułu śmierci wypłacane jest następującym osobom uprawnionym w kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inny ustawowi spadkobiercy. Świadczenie obliczane jest na dzień zgonu według formuły: kwota pożyczki dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, pomnożona przez liczbę miesięcy pozostających do daty spłaty pożyczki z zaokrągleniem do pełnego miesiąca, określone w umowie pożyczki w dniu jej zawarcia;
  - 2) świadczenie z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub poważnego zachorowania wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane jest na dzień, o którym mowa w Rozdziale 6 ust. 3 lub 4 odpowiednio, według formuły opisanej w punkcie 1) powyżej, z zastrzeżeniem, że w przypadku osób objętych ochroną w ramach Opcji 3, mają dodatkowo zastosowanie postanowienia Rozdziału 6 ust. 5,
  - 3) świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 6-11 według formuły: kwota pożyczki dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, określone w umowie pożyczki w dniu jej zawarcia, z zastrzeżeniem, że w przypadku osób objętych ochroną w ramach Opcji 3, mają dodatkowo zastosowanie postanowienia Rozdziału 6 ust. 8. Ubezpieczony nabywa uprawnienie do świadczenia z upływem każdych 30 dni pozostawania w stanie czasowej niezdolności do pracy przypadających po 60 kolejnych dniach nieprzerwanej niezdolności do pracy.
  - 4) świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym następstw nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 12-13 według formuły: kwota pożyczki dzielona przez okres kredytowania w miesiącach, określone w umowie pożyczki w dniu jej zawarcia Należne świadczenie miesięczne wypłacane jest, jeżeli termin płatności raty przypadałby w trakcie lub po zakończeniu nieprzerwanego pobytu w szpitalu trwającego minimum 7 kolejnych dni, z zastrzeżeniem, że świadczenie przestaje być wypłacane od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po zakończeniu pobytu w szpitalu.
3. Wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z odpowiednimi dokumentami, Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po powzięciu wiadomości o zajściu zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
4. Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel rozpatruje i wypłaca świadczenie najpóźniej w ciągu 30 dni od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia wraz ze wszystkimi niezbędnymi dokumentami. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazałoby się niemożliwe, świadczenie powinno zostać spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W celu rozpatrzenia roszczenia i wypłaty świadczenia wymagane jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
  - 1) w przypadku śmierci:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
    - c) zaświadczenie o przyczynie śmierci (karta zgonu),
    - d) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
    - e) informacja o saldzie zadłużenia w dniu śmierci – dostarcza Ubezpieczający,
    - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
  - 2) w przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy:
    - a) zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - b) orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako trwałą i całkowitą niezdolność do pracy (wydane na okres co najmniej 5 lat),
    - c) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
    - d) informacja o saldzie zadłużenia w dniu wystąpienia lub orzeczenia o trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający,
    - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

- 3) w przypadku czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW:
- zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
  - historia pobytu w szpitalu,
  - raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku,
  - Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
  - zaświadczenie o wysokości raty przypadającej do zapłaty w miesiącu, w którym miał miejsce pobyt w szpitalu – dostarcza Ubezpieczający,
  - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),
  - kopie faktur lub rachunków (opłat) związanych z użytkowaniem nieruchomości przez Ubezpieczonego, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w okresie czasowej niezdolności do pracy spowodowanej leczeniem szpitalnym NNW.

- 4) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:

każdorazowo po wystąpieniu czasowej niezdolności do pracy:

- zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
- zaświadczenie lekarskie określające przewidywany okres przerwy w pracy, lub, jeżeli miał miejsce pobyt w szpitalu, historia pobytu w szpitalu,
- zaświadczenie o prowadzeniu działalności gospodarczej lub zatrudnieniu na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas określony równy lub krótszy niż czas trwania umowy pożyczki, aktualne, w dniu rozpoczęcia się czasowej niezdolności do pracy,
- zaświadczenie o wysokości średniego dochodu netto uzyskiwanego przez Ubezpieczonego w ciągu 6 kolejnych miesięcy następujących bezpośrednio przed datą czasowej niezdolności do pracy – w przypadku Pożyczkobiorców ubezpieczonych w ramach Opcji 3,
- Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna),

przed każdorazową wypłatą świadczenia miesięcznego:

- dowody wypłat zasiłku chorobowego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych,
- kopie faktur lub rachunków (opłat) związanych z użytkowaniem nieruchomości przez Ubezpieczonego, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w okresie czasowej niezdolności do pracy,
- zaświadczenie o wysokości raty przypadającej do zapłaty w okresie czasowej niezdolności do pracy – dostarcza Ubezpieczający.

- 5) w przypadku poważnego zachorowania:

- zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
- dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego,
- zaświadczenie lub oświadczenie o źródle uzyskiwania dochodów w dniu wystąpienia zdarzenia,
- informacja o saldzie zadłużenia na dzień rozpoznania poważnego zachorowania – dostarcza Ubezpieczający,
- Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową – dostarcza Ubezpieczający,
- kopie faktur lub rachunków (opłat), związanych z użytkowaniem nieruchomości przez Ubezpieczonego, do pokrycia których Ubezpieczony był zobowiązany w miesiącu, w którym wystąpiło poważne zachorowanie,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego lub zgłaszającego roszczenie na piśmie w terminie, o którym mowa w ust. 3, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia.

6. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.) oraz Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

#### **Rozdział 8. Obowiązki Ubezpieczonego.**

- 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.
- Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
- Umyślne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

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

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do Ubezpieczonego:

- ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
- po upływie 120 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową,
- 30 dnia, po dniu określonym w umowie pożyczki jako termin spłaty ostatniej raty pożyczki, z zastrzeżeniem, że jeżeli Ubezpieczający odracza Ubezpieczonemu termin spłaty pożyczki do maksymalnie dwunastu miesięcy, licząc od daty przewidzianej pierwotnie jako dzień spłaty ostatniej raty pożyczki, odpowiedzialność Ubezpieczyciela może zostać wydłużona do dnia całkowitej spłaty pożyczki jeżeli Ubezpieczyciel na piśmie wniosek Ubezpieczającego przedłuży okres ubezpieczenia,
- w przypadku nieopłacenia w terminie składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego,
- w ostatnim dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony zrezygnował z ochrony ubezpieczeniowej,
- w dniu zgonu Ubezpieczonego, stwierdzenia poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub wystąpienia u Ubezpieczonego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,
- w odniesieniu do trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygasa od dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego.

#### **Rozdział 10. Wyłączenia odpowiedzialności.**

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, gdy zajęcie zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:

- samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, lub próbą samobójstwa,
- aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
- eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
- następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na wypadek zdarzenia będącego podstawą do zgłoszenia roszczenia,
- nieuzasadnionym nieskorzystaniem z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiem zaleceń lekarza lub poddaniem się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że miały bezpośredni związek z wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony,
- urlopem macierzyńskim oraz stanem ciąży, w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności Ubezpieczonego do pracy,
- umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego.

#### **Rozdział 11. Przedawnienie roszczeń.**

Roszczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

## **Rozdział 12. 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., pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.
2. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, Uprawnionego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
3. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy.
4. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym wyciągu mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego i Ustawy o Działalności Ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy.