

WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ŻYCIA I ZDROWIA
Klientów zawierających umowy kredytu mieszkaniowego, kredytu konsolidacyjnego
zabezpieczonego hipotecznie i pożyczki hipotecznej z Credit Agricole Bank Polska S.A.
(WUZZH-2026-V1)
(dalej: Warunki ubezpieczenia)

Tabela informacyjna o najistotniejszych warunkach ubezpieczenia

Rodzaj informacji	Nr postanowienia z Warunków Ubezpieczenia
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	§ 2 punkt 21) § 3 ust. 2-3 § 10 § 12 ust. 1-5, ust. 7, ust. 9 Wartość wykupu: nie dotyczy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 § 9 § 11 ust. 12-14 § 12 ust. 6, ust. 8
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem Ubezpieczającego jest opłacana składka ubezpieczeniowa § 13)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wykupu nie przysługuje	Wartość wykupu: nie dotyczy

POSTANOWIENIA WSTĘPNE

§ 1

Niniejsze Warunki ubezpieczenia regulują zasady udzielania przez CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu ochrony ubezpieczeniowej Klientom zawierającym z Credit Agricole Bank Polska S.A. Umowy kredytu na podstawie „Umowy Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Klientów zawierających Umowy kredytu mieszkaniowego, kredytu konsolidacyjnego zabezpieczonego hipotecznie i pożyczki hipotecznej z Credit Agricole Bank Polska S.A.” z dnia 10 kwietnia 2015 r., której Stronami są Ubezpieczyciel oraz Credit Agricole Bank Polska S.A.

DEFINICJE

§ 2

Ilekoć w niniejszych Warunkach ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach i oświadczeniach sporządzanych w związku z ochroną ubezpieczeniową świadczoną zgodnie z Warunkami ubezpieczenia używa się następujących definicji, oznaczają one odpowiednio:

- 1) **Bank lub Ubezpieczający** - Credit Agricole Bank Polska S.A. z siedzibą we Wrocławiu;
- 2) **Całkowita niezdolność do pracy** - fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane Chorobą lub Nieszczęśliwym wypadkiem, w rezultacie którego/której Ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiejkolwiek pracy, potwierdzone/potwierdzona Orzeczeniem;
- 3) **Choroba** - schorzenie powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu układów lub narządów ciała Ubezpieczonego, niezależne od woli Ubezpieczonego, powstałe w wyniku patologii możliwej do zdiagnozowania przez lekarza, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji;
- 4) **Deklaracja zgody** - oświadczenie woli Ubezpieczonego w formie pisemnej, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z Warunkami ubezpieczenia;
- 5) **Dzień roboczy** - każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego** - w przypadku:
 - a) zgonu - dzień zgonu wskazany w akcie zgonu;
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy - dzień powstania Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego wskazany w Orzeczeniu; w przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania Całkowitej niezdolności do pracy, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji - dzień powstania Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji wskazany w Orzeczeniu; w przypadku, gdy Orzeczenie nie wskazuje dnia powstania Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji, za dzień jej powstania przyjmuje się dzień wydania Orzeczenia;
- 7) **Klient** - osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, która zawarła z Bankiem Umowę kredytu. W przypadku udzielenia jednego Kredytu kilku osobom (**Współkredytobiorcom**), postanowienia dotyczące Klienta stosuje się odpowiednio do każdego ze Współkredytobiorców;
- 8) **Kredyt** - kredyt mieszkaniowy, kredyt konsolidacyjny zabezpieczone hipotecznie lub pożyczka hipoteczna, udzielony/udzielona przez Bank zgodnie z obowiązującymi w Banku regulacjami, na podstawie Umowy kredytu;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** - nagłe i niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, zaistniałe w Okresie ubezpieczenia, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od jakiejkolwiek Choroby, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego; za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zdarzeń wywołanych procesami zachodzącymi wewnątrz organizmu ludzkiego: zawału, krwotoku, udaru mózgu, nagłego zatrzymania krążenia, długotrwałego działania stresu;
- 10) **Okres rozliczeniowy** - miesiąc kalendarzowy;
- 11) **Okres ubezpieczenia** - okres obejmujący 12 (dwanaście) miesięcy, zdefiniowany w § 5;
- 12) **Orzeczenie** - prawomocne orzeczenie wydane przez właściwego lekarza orzecznika lub lekarza rzeczoznawcę lub właściwą komisję lekarską lub prawomocny wyrok sądu lub decyzja organu rentowego, wydane na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, stwierdzające Całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego albo Utratę zdolności do samodzielnej egzystencji przez Ubezpieczonego na okres powyżej 24 (dwudziestu czterech) miesięcy;

- 13) **Świadczenie rentowe** - renta przyznana Ubezpieczonemu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego o emeryturach i rentach;
- 14) **Świadczenie ubezpieczeniowe** - świadczenie pieniężne Ubezpieczyciela należne i wypłacane przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 15) **Ubezpieczony** - Klient, który złożył Deklarację zgody oraz został objęty ochroną ubezpieczeniową zgodnie z Warunkami ubezpieczenia. W przypadku udzielenia jednego Kredytu kilku Klientom i objęcia ich ochroną ubezpieczeniową (**Współubezpieczeni**), postanowienia dotyczące Ubezpieczonego stosuje się odpowiednio do Współubezpieczonych;
- 16) **Ubezpieczyciel** – CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Legnickiej 48 bud. C-D, 54-202 Wrocław;
- 17) **Umowa** - „Umowa Grupowego Ubezpieczenia Życia i Zdrowia Klientów zawierających umowy kredytu mieszkaniowego, kredytu konsolidacyjnego zabezpieczonego hipotecznie i pożyczki hipotecznej z Credit Agricole Bank Polska S.A.” z dnia 10 kwietnia 2015 r., której Stronami są Ubezpieczyciel oraz Credit Agricole Bank Polska S.A.;
- 18) **Umowa kredytu** - umowa Kredytu zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Klientem, na podstawie której Bank oddaje do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony w tej umowie kwotę środków pieniężnych (Kredyt), a Klient zobowiązuje się do korzystania z niej na warunkach określonych w umowie Kredytu oraz do spłaty należności głównej oraz odsetek w oznaczonych terminach spłaty;
- 19) **Uprawniony** - Ubezpieczony, a w przypadku Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej wskazana pisemnie przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu Ubezpieczonego, zgodnie z § 12 Warunków ubezpieczenia;
- 20) **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, potwierdzony Orzeczeniem;
- 21) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - zajście w Okresie ubezpieczenia i wskutek przyczyn zaistniałych w Okresie ubezpieczenia:
 - a) zgonu Ubezpieczonego,
 - b) Całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego albo
 - c) Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji przez Ubezpieczonego.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia są:
 - 1) życie Ubezpieczonego oraz
 - 2) zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest przez Ubezpieczyciela w zakresie ryzyka:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego oraz
 - 2) Całkowitej niezdolności do pracy - w stosunku do Ubezpieczonego, który w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych albo do Świadczeń rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach i nie przekroczył 67 (sześćdziesiąty siódmy) rok życia albo Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji - w stosunku do Ubezpieczonego, który w dniu wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego przekroczył 67 (sześćdziesiąty siódmy) rok życia lub posiada uprawnienia do świadczeń emerytalnych albo do Świadczeń rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.
3. Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na rzecz danego Ubezpieczonego obejmuje wystąpienie jednego Zdarzenia ubezpieczeniowego: zgonu bądź Całkowitej niezdolności do pracy bądź Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji.

WARUNKI OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

§ 4

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty każdy Klient, który złożył podpisaną Deklarację zgody i spełnia warunki określone poniżej:

- 1) posiada pełną zdolność do czynności prawnych;
- 2) jego wiek w dniu złożenia Deklaracji zgody nie przekracza 65 (sześćdziesięciu pięciu) lat;
- 3) zawarł z Ubezpieczającym Umowę kredytu/Umowy kredytu na łączną kwotę nieprzekraczającą (poniższe ograniczenie dotyczy wyłącznie Kredytu/Kredytów udzielonych w ramach obowiązujących Umów kredytu, przy zawieraniu których Klient został objęty ubezpieczeniem zgodnie z Warunkami ubezpieczenia):

Jeżeli wiek Klienta na dzień złożenia podpisanej Deklaracji zgody:	Łączna kwota zawartych z Ubezpieczającym umów kredytu na dzień złożenia podpisanej Deklaracji zgody nie może przekroczyć kwoty:
nie przekracza 45 lat	1 000 000 zł (słownie: jeden milion złotych)
przekracza 45 lat oraz nie przekracza 65 lat	800 000 zł (słownie: osiemset tysięcy złotych)

- 4) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach;
 - 5) na dzień przystąpienia do ubezpieczenia nie jest wydane wobec niego Orzeczenie;
 - 6) ponadto w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy - w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie posiada uprawnień do świadczeń emerytalnych lub Świadczeń rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach.
2. W celu objęcia ochroną ubezpieczeniową Klienta, który:
- 1) nie spełnia warunku określonego w ust. 1 pkt 3) i/albo
 - 2) z uwagi na stan zdrowia nie może złożyć podpisu pod oświadczeniem o stanie zdrowia zawartym w Deklaracji zgody

niezbędne jest wypełnienie przez niego *Wniosku o ubezpieczenie życia i zdrowia*, który będzie podstawą do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o możliwości objęcia go ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych, przedstawionych Ubezpieczającemu w postaci *Propozycji objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych* odnośnie danego Klienta. Ubezpieczyciel, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, może poprosić Klienta o poddanie się badaniom lekarskim lub diagnostycznym (z wyłączeniem badań genetycznych) lub przedłożenie dokumentacji medycznej. Badania lekarskie lub badania diagnostyczne są wykonywane na koszt Ubezpieczyciela. Klient lub Ubezpieczony może zwrócić się o udostępnienie wyników badań wykonanych na koszt Ubezpieczyciela. Udostępnienie wyników badań odbywa się wyłącznie po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela.

Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do przedstawienia *Propozycji objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych*.

3. Jeżeli w trakcie Okresu ubezpieczenia Ubezpieczony złoży wniosek o podwyższenie kwoty Kredytu, którego uwzględnienie przez Ubezpieczającego spowodowałoby przekroczenie kwoty ustalonej zgodnie z ust. 1 pkt 3), Ubezpieczony może złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia na formularzu *Wniosku o ubezpieczenie życia i zdrowia* na warunkach indywidualnych. Po otrzymaniu takiego wniosku Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu *Propozycję objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych* odnośnie danego Ubezpieczonego, może jednak, nie przedstawiając ww. *Propozycji*, nie wyrazić zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia.

W sytuacji, gdy Ubezpieczony nie wyrazi zgody na *Propozycję objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych* w terminie wskazanym w *Propozycji* lub Ubezpieczyciel nie przedstawi takiej *Propozycji*, o czym Ubezpieczający poinformuje Ubezpieczonego:

- 1) Okres ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego zakończy się z ostatnim dniem miesiąca ochrony ubezpieczeniowej następującego po miesiącu ochrony ubezpieczeniowej, w którym nie została wyrażona zgoda przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczyciela (przy czym ochrona w tym okresie jest świadczona na dotychczasowych warunkach) lub

- 2) Okres ubezpieczenia nie kończy się i ochrona jest kontynuowana na dotychczasowych warunkach w przypadku, gdy mimo złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o podwyższenie kwoty Kredytu kwota Kredytu nie zostanie podwyższona ponad kwotę wskazaną w ust. 1 pkt 3).
4. W przypadku przedstawienia przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu *Propozycji objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych* odnośnie danego Klienta lub Ubezpieczonego, Klient lub Ubezpieczony ma prawo zaakceptować tę *Propozycję* poprzez podpisanie Deklaracji zgody o treści uwzględniającej tę *Propozycję*.
5. Ubezpieczeniem może zostać objętych nie więcej niż 4 (czterech) Klientów będących stroną jednej Umowy kredytu.
6. Jeżeli stronami Umowy kredytu będzie dwóch lub więcej Klientów, Ubezpieczający może zaproponować:
 - 1) objęcie ochroną ubezpieczeniową jednego z Klientów do pełnej sumy ubezpieczenia, określonej w § 7 albo
 - 2) objęcie ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego ze Współkredytobiorców: suma ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego jest wyliczana jako iloczyn sumy ubezpieczenia ustalonej zgodnie z § 7 i udziału procentowego w sumie ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, zgodnie ze wskazaniem w Deklaracji zgody.

OKRES UBEZPIECZENIA
ROZPOCZĘCIE I ZAKOŃCZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ
§ 5

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wypłaty Kredytu lub jego pierwszej transzy, nie wcześniej jednak niż od dnia następującego po dniu złożenia podpisanej Deklaracji zgody (przystąpienie do ubezpieczenia) i trwa przez 12 (dwanaście) miesięcy, z zastrzeżeniem dalszych postanowień niniejszego paragrafu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa może być wznowiana na kolejne 12-miesięczne Okresy ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa w takim przypadku rozpocznie się następnego dnia po dniu zakończenia bieżącego Okresu ubezpieczenia, bez konieczności ponownego składania Deklaracji zgody (automatyczne wznowienie Okresu ubezpieczenia) i trwać będzie przez kolejny 12-miesięczny Okres ubezpieczenia. Automatyczne wznowienie Okresu ubezpieczenia nie powoduje zmiany warunków ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie później niż 60 (sześćdziesiąt) dni przed końcem bieżącego Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel ma prawo poinformować Ubezpieczonego, za pośrednictwem Ubezpieczającego o zmienionych warunkach ubezpieczenia dotyczących danego Ubezpieczonego, na jakich może zostać wznowiony Okres ubezpieczenia, a Ubezpieczony może na ogólnych zasadach określonych w ust. 3 poniżej zdecydować o rezygnacji z automatycznego wznowienia Okresu ubezpieczenia. Automatyczne wznowienie Okresu ubezpieczenia nie następuje, jeśli Ubezpieczony ukończył 70 (siedemdziesiąt) rok życia.
3. Ubezpieczony w każdym czasie, lecz nie później niż na 30 (trzydzieści) dni przed zakończeniem bieżącego Okresu ubezpieczenia, ma prawo złożenia pisemnego oświadczenia woli o rezygnacji z automatycznego wznowienia Okresu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2. Oświadczenie to Ubezpieczony może złożyć za pośrednictwem Ubezpieczającego albo bezpośrednio Ubezpieczycielowi, którzy zobowiązani są do powiadomienia drugiej strony (liczy się data wpływu oświadczenia do Ubezpieczającego lub do Ubezpieczyciela, zależnie od tego, która jest wcześniejsza). W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa zgodnie z ust. 5 pkt 9).
4. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo złożenia pisemnego oświadczenia woli o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie to Ubezpieczony może złożyć za pośrednictwem Ubezpieczającego albo bezpośrednio Ubezpieczycielowi, którzy zobowiązani są do powiadomienia drugiej strony (liczy się data wpływu oświadczenia do Ubezpieczającego lub do Ubezpieczyciela, zależnie od tego, która jest wcześniejsza). W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa wygasa zgodnie z ust. 5 pkt 10).
5. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) w zakresie ubezpieczeń na wypadek zgonu lub Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji - z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 70 (siedemdziesiąt) lat lub

- 2) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy - z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 67 (sześćdziesiąt siedem) lat lub
 - 3) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy - z dniem nabycia przez Ubezpieczonego uprawnień do świadczeń emerytalnych lub Świadczeń rentowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach lub
 - 4) w zakresie ubezpieczeń na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy lub Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji - z dniem wydania Orzeczenia, z zastrzeżeniem ust. 6, lub
 - 5) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2, lub
 - 6) z dniem zgonu Ubezpieczonego lub
 - 7) z dniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub
 - 8) z dniem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji lub
 - 9) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony złożył pisemne oświadczenie woli o rezygnacji z automatycznego wznowienia Okresu ubezpieczenia lub
 - 10) z upływem ostatniego dnia miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie woli o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej lub
 - 11) z upływem ostatniego dnia miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym nastąpiła całkowita spłata Kredytu lub
 - 12) z upływem ostatniego dnia miesiąca ochrony ubezpieczeniowej, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy kredytu lub
 - 13) z dniem zakończenia stosunku ubezpieczenia dotyczącego danego Ubezpieczonego, zgodnie z § 13 ust. 4, lub
 - 14) z dniem odstąpienia od Umowy przez Ubezpieczającego, tj. najpóźniej w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia zawarcia Umowy lub
 - 15) z dniem wskazanym w § 4 ust. 3 pkt 1).
6. W razie, gdyby przed wydaniem Orzeczenia upłynął Okres ubezpieczenia, a Całkowita niezdolność do pracy albo Utrata zdolności do samodzielnej egzystencji powstała w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel jest zobowiązany do spełnienia Świadczenia ubezpieczeniowego po dacie wydania Orzeczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności:
 - 1) jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił wskutek samobójstwa popełnionego w okresie dwóch pierwszych lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) jeżeli zgon, Całkowita niezdolność do pracy lub Utrata zdolności do samodzielnej egzystencji nastąpił/nastąpiła w następstwie Chorób, które zostały zdiagnozowane lub były leczone u Ubezpieczonego w ciągu ostatnich 3 (trzech) lat przed przystąpieniem do ubezpieczenia; niniejsze wyłączenie odpowiedzialności nie dotyczy Chorób, o których Ubezpieczony informował Ubezpieczyciela we *Wniosku o ubezpieczenie życia i zdrowia*, o którym mowa w § 4.
2. Ponadto Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło w wyniku:
 - 1) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu lub w stanie nietrzeźwości (w rozumieniu przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi) lub pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub w stanie po użyciu lekarstw lub innych środków wyłączających świadomość, z wyjątkiem sytuacji, gdy spożycie tych środków przez Ubezpieczonego nastąpiło w celach medycznych i zgodnie z zaleceniem lekarza;

- 2) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych dyscyplin sportowych: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, taternictwo jaskiniowe, speleologia, kajakarstwo górskie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, surfing, windsurfing, skoki do wody, skoki na linie, spadochroniarstwo, lotnictwo, paralotniarstwo, baloniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, bobsleje, saneczkarstwo, jeździectwo, szermierka, sporty motorowe i motorowodne, sporty siłowe, sporty walki i obronne oraz w wyniku czynnego udziału Ubezpieczonego w zawodach, wyścigach, rajdach samochodowych i wyczynowych treningach sportowych; za uprawianie niebezpiecznych dyscyplin sportowych uważa się również jednorazowe wzięcie czynnego udziału w zawodach lub treningach w jednej z powyższych dyscyplin sportowych;
- 3) usiłowania dokonania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
- 4) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy i terroru lub sabotażu, z wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony zmuszony był działać w obronie własnej lub w obronie innych osób;
- 5) eksplozji atomowej lub napromieniowania radioaktywnego (z wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową);
- 6) działania wbrew wyraźnym zaleceniom lekarza lub poddania się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, chyba że te zabiegi miały bezpośredni związek z udzielaniem Ubezpieczonemu pomocy po Nieszczęśliwym wypadku;
- 7) alkoholizmu lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego (Choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice);
- 8) samookaleczenia lub okaleczenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego;
- 9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych prawem uprawnień;
- 10) podróży łodzią podwodną, lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich koncesjonowanych linii lotniczych;

chyba że nie miało to wpływu na zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. Ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel zapytywał w formularzu Deklaracji zgody albo we *Wniosku o ubezpieczenie życia i zdrowia* oraz w innych pismach wymaganych przez Ubezpieczyciela przed przystąpieniem do ubezpieczenia lub zmianą warunków ubezpieczenia w następstwie złożonego *Wniosku*. W razie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową mimo pominięcia odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości z naruszeniem powyższych zasad, o ile Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w okresie 3 (trzech) lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem poniższego. W przypadku podwyższenia kwoty Kredytu i zmiany warunków ubezpieczenia w następstwie złożonego *Wniosku o ubezpieczenie życia i zdrowia* - okres 3 (trzech) lat jest liczony w odniesieniu do kwoty podwyższenia poczynawszy od dnia zmiany warunków ubezpieczenia. Jeśli do naruszenia obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem zatajonych okoliczności.

SUMA UBEZPIECZENIA, WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 7

1. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy oraz Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji równa jest sumie kwot:
 - 1) kapitału Kredytu pozostającego do spłaty na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - 2) odsetek według przewidzianej Umową kredytu stopy oprocentowania, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 120 (sto dwadzieścia) dni,

- 3) odsetek karnych według przewidzianej Umową kredytu stopy oprocentowania, liczonych od przeterminowanej części kapitału za okres od Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższy niż 120 (sto dwadzieścia) dni oraz
 - 4) kosztów związanych z wysłanymi upomnieniami określonych w Umowie kredytu, naliczonych w okresie od Dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie dłuższym niż 120 (sto dwadzieścia) dni.
2. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego:
- 1) po wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu albo
 - 2) po wcześniejszym rozwiązaniu lub wygaśnięciu Umowy kredytu, ale przed ustaniem ochrony ubezpieczeniowej na podstawie § 5 ust. 5 pkt 11) lub pkt 12), suma ubezpieczenia jest równa kwocie kapitału Kredytu pozostającego do spłaty zgodnie z aktualnym harmonogramem spłat Kredytu odpowiednio na dzień całkowitej spłaty Kredytu albo rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy kredytu.
3. W przypadku, gdy Umowa kredytu zawarta została przez dwóch lub więcej Klientów i zostali oni objęci ochroną ubezpieczeniową, suma ubezpieczenia w odniesieniu do Ubezpieczonego, którego dotyczy Zdarzenie ubezpieczeniowe ustalana jest zgodnie z § 4 ust. 6 pkt 2).

§ 8

W razie zajścia w Okresie ubezpieczenia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni na rzecz Uprawnionego Świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z § 7, z wyjątkiem sytuacji, w których Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, wskazanych w § 6.

§ 9

Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność tylko za to Zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci zgonu, Całkowitej niezdolności do pracy lub Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji, które nastąpiło pierwsze.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA

§ 10

1. Uprawniony jest zobowiązany poinformować Ubezpieczyciela o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego/zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego powinno zostać zgłoszone telefonicznie, pod numerem telefonu wskazanym w Deklaracji zgody lub w innym oświadczeniu Ubezpieczyciela (o ile będzie z niego wyraźnie wynikało, że zastępuje podane w Deklaracji zgody dane kontaktowe Ubezpieczyciela), z podaniem następujących danych:
 - 1) danych niezbędnych do jednoznacznej identyfikacji Ubezpieczonego,
 - 2) danych niezbędnych do jednoznacznej identyfikacji Uprawnionego oraz
 - 3) numeru telefonu, pod którym możliwy jest kontakt z Uprawnionym.
2. Zgłaszający roszczenie powinien złożyć do Ubezpieczyciela dokumenty niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Dokumentami tymi są:
 - 1) w zakresie ubezpieczenia na wypadek zgonu:
 - a) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) statystyczna karta zgonu lub, w przypadku jej braku, inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu, o ile jest w posiadaniu Uprawnionego,
 - c) dokumentacja medyczna, o ile jest w posiadaniu Uprawnionego,
 - d) dokumenty potwierdzające zmianę danych osobowych Uprawnionego (imię, nazwisko, np. odpis aktu małżeństwa) - w przypadku, gdy Uprawniony zmienił dane osobowe w porównaniu z danymi podanymi poprzednio Ubezpieczycielowi,
 - e) dokumenty wskazane w § 12 ust. 9, jeżeli dotyczy;
 - 2) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Całkowitej niezdolności do pracy:
 - a) Orzeczenie,

- b) będąca w posiadaniu Ubezpiezonego dokumentacja, na podstawie której wydano Orzeczenie;
- 3) w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty zdolności do samodzielnej egzystencji:
- a) Orzeczenie,
 - b) będąca w posiadaniu Ubezpiezonego dokumentacja, na podstawie której wydano Orzeczenie,
 - c) dokument wydany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub przez organ upoważniony przez inną instytucję, zgodnie z właściwymi przepisami prawa polskiego o emeryturach i rentach, potwierdzający prawo Ubezpiezonego do otrzymywania Świadczeń rentowych.
3. W razie Zdarzenia ubezpieczeniowego, które nastąpiło wskutek Nieszczęśliwego wypadku, oprócz dokumentów, o których mowa w ust. 2, należy doręczyć także informacje, postanowienia, raporty, notatki, itp. Policji, Prokuratury lub inne dokumenty potwierdzające zajście i opis okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, będące w posiadaniu Uprawnionego.
4. Zgłaszający roszczenie powinien udostępnić także inne niż wskazane w ust. 2-3 dokumenty, o które Ubezpieczyciel zwróci się w związku z rozpatrywanym roszczeniem, o ile są niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli zgłaszający roszczenie takie dokumenty posiada.
5. Zgłaszający roszczenie powinien udzielić Ubezpieczycielowi informacji na temat: miejsca i daty zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty określone w niniejszym paragrafie się znajdują lub mogą się znajdować, chyba że zgłaszający roszczenie takich informacji nie posiada lub samodzielnie pozyskał i przekazał Ubezpieczycielowi te dokumenty.
6. Ubezpieczyciel może zażądać dostarczenia oryginałów dokumentów lub poświadczonych za zgodność z oryginałem przez Ubezpieczającego lub notariusza kserokopii dokumentów, jeżeli jest to niezbędne do przeprowadzenia przez Ubezpieczyciela postępowania dotyczącego ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

CZYNNOŚCI PODEJMOWANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA W PRZYPADKU ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA

§ 11

1. W terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego/zgłoszenia roszczenia o wypłatę odszkodowania Ubezpieczyciel informuje o jego otrzymaniu Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
2. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy.
3. Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić Świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego/zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego.
4. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 (czternastu) dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zobowiązany jest spełnić w terminie wskazanym w ust. 3.
5. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w Warunkach ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadamia na piśmie:
- 1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - 2) Ubezpiezonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie

- o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie:
- 1) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - 2) Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie
- wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub uprawnionemu z Umowy informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Ubezpieczyciela udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Ubezpieczyciela.
8. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, Ubezpieczyciel udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.
9. Sposób:
- 1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 7,
 - 2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 7 informacji,
 - 3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 7,
- nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 7.
10. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 7, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.
11. Ubezpieczyciel przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 7, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy.
12. W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy przystąpieniu do ubezpieczenia lub przy zmianie warunków ubezpieczenia w następstwie złożonego *Wniosku o ubezpieczenie życia i zdrowia*, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem Warunków ubezpieczenia nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia obowiązku podania prawdziwych informacji doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
13. Wypłata Świadczeń zgodnie z OWU podlega przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych lub prawnych obowiązującym na dzień wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
14. W przypadku, gdy w związku z wykonaniem zobowiązania wskazanego w niniejszym paragrafie, tj. wypłatą Świadczenia ubezpieczeniowego, powstanie zgodnie z obowiązującymi przepisami obowiązek pobrania i odprowadzenia jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych Uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzane będą pomniejszać kwoty stosownych wypłat dokonywanych zgodnie z Warunkami ubezpieczenia.

UPRAWNIONY

§ 12

1. Ubezpieczony może wskazać Uprawnionego lub Uprawnionych do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek zgonu Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony ma prawo, w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia, zmienić lub odwołać wskazanie Uprawnionego, o którym mowa w ust. 1, poprzez złożenie Ubezpieczycielowi stosownego oświadczenia. Oświadczenie może być złożone również Ubezpieczającemu, który niezwłocznie przekaże je Ubezpieczycielowi. Zmiana lub odwołanie Uprawnionego jest skuteczna/skuteczne z chwilą doręczenia jej/go Ubezpieczycielowi albo Ubezpieczającemu, zależnie od tego, która jest wcześniejsza.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uprawnionego, Świadczenie ubezpieczeniowe wypłaca się Uprawnionym w wysokości określonej przez Ubezpieczonego. W sytuacji, gdy Ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w Świadczeniu ubezpieczeniowym, przyjmuje się, iż udziału tych osób są równe.

4. W przypadku wskazania procentowych udziałów Uprawnionych, jeżeli suma wskazań procentowych w Świadczeniu ubezpieczeniowym jest wyższa lub niższa niż 100% Świadczenia ubezpieczeniowego, udziały Uprawnionych w Świadczeniu ubezpieczeniowym oblicza się poprzez proporcjonalne obniżenie lub podwyższenie wskazanych udziałów tak, aby ich łączna suma wynosiła 100%.
5. Jeżeli w chwili zgonu wskazanie jednego lub kilku spośród Uprawnionych stało się bezskuteczne, Świadczenie ubezpieczeniowe przypadające temu Uprawnionemu lub Uprawnionym zostanie wypłacone pozostałym wskazanym Uprawnionym, w proporcji odpowiadającej udziałom wskazanym przez Ubezpieczonego, zgodnie z ust. 1-3.
6. Jeżeli Uprawniony umyślnie przyczynił się do zgonu Ubezpieczonego, to traci on prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego.
7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionego albo, gdy Uprawniony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego zgodnie z ust. 6, Uprawnionymi do Świadczenia ubezpieczeniowego są członkowie rodziny zmarłego Ubezpieczonego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia ustawowego po Ubezpieczonym.
8. Otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wskazane w ust. 7 wymienione w pierwszej kolejności, wyklucza otrzymanie Świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności.
9. Osoba, której prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego wynika z ust. 7, zgłaszając roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest doręczyć dokumenty potwierdzające jej prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego, tj. potwierdzające stopień pokrewieństwa lub powinowactwa z Ubezpieczonym, którymi mogą być odpisy z aktów stanu cywilnego lub dokumenty, o których mowa w zdaniu kolejnym. W przypadku określonym w ust. 7 pkt 4), osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest dołączyć prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub prawomocne postanowienie sądu o dziale spadku (jeżeli o stwierdzeniu nabycia spadku orzekał sąd w ramach postępowania o dział spadku) bądź akt notarialny poświadczenia dziedziczenia.
10. Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie należy do spadku po Ubezpieczonym.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 13

1. Do zapłaty składki ubezpieczeniowej zobowiązany jest Ubezpieczający.
2. Składka ubezpieczeniowa za danego Ubezpieczonego jest naliczana i opłacana za każdy miesiąc ochrony ubezpieczeniowej, przez cały Okres ubezpieczenia, oraz rozliczana w Okresach rozliczeniowych.

W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch lub więcej Klientów, którzy wspólnie przystąpili do ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 6 pkt 2), składka ubezpieczeniowa jest naliczana i opłacana łącznie za tych Ubezpieczonych.
3. Składka ubezpieczeniowa za danego Ubezpieczonego lub Ubezpieczonych, którzy wspólnie przystąpili do ubezpieczenia jest naliczana zgodnie z poniższym wzorem:

$$SU = PNS * WSU$$

gdzie poszczególnym symbolom nadaje się następujące znaczenie:

SU	wyrażona w walucie krajowej składka ubezpieczeniowa za miesiąc ochrony ubezpieczeniowej
PNS	podstawa naliczania składki - wyrażona w walucie krajowej kwota udzielonego Kredytu, wskazana w Umowie kredytu albo w aneksie do Umowy kredytu zmieniającym kwotę Kredytu, w zależności od tego, co zostanie zawarte najpóźniej, pomniejszona o dokonane do dnia naliczania składki ubezpieczeniowej (tj. na ostatni dzień Okresu rozliczeniowego) spłaty kapitału

WSU obowiązująca stawka składki ubezpieczeniowej określona w Taryfie składek lub w *Propozycji objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych*, o której mowa w § 4 (jeżeli dotyczy)

4. W przypadku niezapłacenia składki ubezpieczeniowej dotyczącej danego Ubezpieczonego lub Ubezpieczonych, którzy wspólnie przystąpili do ubezpieczenia - w Okresie rozliczeniowym następującym po Okresie rozliczeniowym, za który powinna być opłacana składka, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty składki w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia doręczenia tego wezwania, z zastrzeżeniem, że w razie braku zapłaty składki w ww. dodatkowym terminie, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, za którego Ubezpieczający nie zapłacił składki ustaje z upływem tego dodatkowego terminu.
5. Składka jest należna za czas trwania ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli odpowiedzialność Ubezpieczyciela wygaśa przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia, za który została opłacona składka, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel może żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność.
6. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową dwóch lub więcej Klientów, którzy wspólnie przystąpili do ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 6 pkt 2), stawka składki wyznaczona przez Ubezpieczyciela w *Propozycji objęcia ochroną ubezpieczeniową na warunkach indywidualnych*, o której mowa w § 4, dotyczy wszystkich Współubezpieczonych.

WYMIANA INFORMACJI

§ 14

1. Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień Warunków ubezpieczenia, wszelkie zawiadomienia, wnioski i oświadczenia składane przez podmioty stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z Warunkami ubezpieczenia powinny być składane na piśmie.
2. Ubezpieczony powinien informować Ubezpieczyciela o każdej zmianie swoich danych osobowych oraz danych teleadresowych podanych w Deklaracji zgody, składając za pośrednictwem Ubezpieczającego lub bezpośrednio Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o zmianie danych.
3. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczonego o aktualnym adresie w każdej pisemnej korespondencji kierowanej do Ubezpieczonego.
4. Jeżeli po objęciu danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia Ubezpieczonego lub Uprawnionego, osoba zgłaszająca Ubezpieczycielowi roszczenie o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do Świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Ubezpieczony poinformuje Ubezpieczyciela o nabyciu uprawnień do świadczeń emerytalnych lub do Świadczeń rentowych na gruncie obowiązujących przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach. Stosowna informacja powinna być złożona najpóźniej w dniu zgłoszenia zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Ubezpieczyciel jest zobowiązany:
 - 1) przekazywać Ubezpieczającemu, w formie przewidzianej przepisami Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. 2015 poz. 1844), informacje dotyczące zmiany warunków ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z Warunkami ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez strony zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących zgodnie z Warunkami ubezpieczenia;
 - 2) przekazywać na żądanie Ubezpieczonego informacje, o których mowa w pkt 1).
7. Ubezpieczający jest zobowiązany - przekazywać Ubezpieczonym, w formie przewidzianej przepisami Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. (Dz. U. 2015 poz. 1844), informacje dotyczące zmiany warunków ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z Warunkami ubezpieczenia, przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość Świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących zgodnie z Warunkami ubezpieczenia.

REKLAMACJE

§ 15

1. Ubezpieczonemu lub uprawnionemu z Umowy przysługuje prawo składania reklamacji w rozumieniu Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym Ubezpieczycielowi:
 - a) **na piśmie w postaci papierowej** – przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 366, 820 i 1456) albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, na adres Ubezpieczyciela lub na adres Banku;
 - b) **na piśmie w postaci papierowej** osobiście podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela lub w każdej jednostce Banku obsługującej klientów;
 - c) **na piśmie w postaci elektronicznej** na adres do doręczeń elektronicznych w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych:
 - Ubezpieczyciela: AE:PL-62833-83038-UJJAT-31,
 - lub Credit Agricole Bank Polska S.A.: AE:PL-37709-98185-TIVUW-29;
 - d) **na piśmie w postaci elektronicznej** za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres: reklamacje@ca-ubezpieczenia.pl;
 - e) **ustnie**:
 - **telefonicznie**: 801 300 515 – jeśli połączenie z Polski lub (+48 71) 77 32 333 – jeśli połączenie z zagranicy (koszt połączenia według taryfy Twojego operatora);
 - **osobiście** do protokołu podczas wizyty w siedzibie Ubezpieczyciela lub w każdej jednostce Banku obsługującej klientów.
2. Na reklamację Ubezpieczyciel odpowiada w postaci:
 - a) **papierowej** na adres korespondencyjny osoby, która złożyła reklamację, jeśli osoba ta złożyła reklamację:
 - na piśmie w postaci papierowej albo
 - ustnie lub na piśmie w postaci elektronicznej i wybrała taki sposób udzielenia odpowiedzi,
 - b) **elektronicznej** na adres e-mail osoby, która złożyła reklamację, albo inny wskazany przez nią środek komunikacji elektronicznej, jeśli osoba ta złożyła reklamację:
 - na piśmie w postaci elektronicznej albo
 - ustnie lub na piśmie w postaci papierowej i wybrała taki sposób udzielenia odpowiedzi,
 - c) **elektronicznej** na adres do doręczeń elektronicznych osoby, która złożyła reklamację, jeśli osoba ta złożyła reklamację na adres do doręczeń elektronicznych Ubezpieczyciela w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych.
2. Ubezpieczony lub uprawniony z Umowy jest uprawniony do zwrócenia się o pomoc do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta na zasadach określonych w regulaminach tych instytucji dostępnych odpowiednio na ich stronach internetowych lub do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>) oraz do złożenia wniosku do Rzecznika Finansowego (www.rf.gov.pl) o rozpatrzenie sprawy lub o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów.
3. Złożona reklamacja, wraz z opisem przedmiotu reklamacji, powinna zawierać dane umożliwiające jednoznaczną identyfikację składającego reklamację oraz ubezpieczenia, którego reklamacja dotyczy. W treści reklamacji należy podać imię i nazwisko oraz adres do korespondencji. W przypadku pisemnych reklamacji zgłoszonych do Ubezpieczyciela, pismo powinno być opatrzone podpisem składającego reklamację.

4. Reklamacje rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach w razie braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, składający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach uzasadniających opóźnienie wymagających jeszcze wyjaśnienia oraz o spodziewanej dacie uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekraczać 60 (sześćdziesięciu) dni od daty wpływu reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W przypadku niedotrzymania terminu rozpatrzenia reklamacji składanej przez osobę fizyczną uważa się ją za rozpatrzoną zgodnie z wolą składającego reklamację.
5. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. Roszczenia ze stosunku ubezpieczenia zawartego zgodnie z Warunkami ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 (trzech) lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego wobec Ubezpieczyciela przerywa się także przez zgłoszenie Ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Bieg przedawnienia rozpoczyna się na nowo od dnia, w którym zgłaszający roszczenie lub Zdarzenie ubezpieczeniowe otrzymał na piśmie oświadczenie Ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego.
3. Dla stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z Warunkami ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.
4. Wszelkie obowiązki Ubezpieczyciela wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego przepisu.
5. Powództwo o roszczenie wynikające ze stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z Warunkami ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego lub dla miejsca zamieszkania lub siedziby uprawnionego z Umowy.
6. Powództwo o roszczenie wynikające ze stosunku ubezpieczenia powstałego zgodnie z Warunkami ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy.
7. Ubezpieczyciel ako spółka zależna należąca do Grupy Crédit Agricole spełnia wymogi wynikające z obowiązujących zasad dotyczących sankcji międzynarodowych, określonych w oparciu o przepisy ustawowe lub wykonawcze nakładające sankcje gospodarcze, finansowe lub handlowe (w tym wszelkie sankcje lub środki dotyczące embargo, zamrożenia aktywów lub zasobów ekonomicznych, ograniczenia w transakcjach z osobami fizycznymi lub prawnymi lub odnoszące się do określonej własności lub terytoriów), wydane, administrowane lub egzekwowane przez Radę Bezpieczeństwa ONZ, Unię Europejską, Francję i Stany Zjednoczone Ameryki (w tym w szczególności środki zapobiegawcze wydane przez Biuro ds. Kontroli Aktywów Zagranicznych Departamentu Skarbu (OFAC) i Departament Stanu) lub jakiegokolwiek inny właściwy organ uprawniony do wydawania takich sankcji. W konsekwencji nie jest możliwe dokonanie wypłaty świadczenia w związku z wykonaniem Umowy, jeśli płatność narusza postanowienia wskazane w niniejszym ustępie.
8. Niniejsze Warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do Ubezpieczonych, którzy przystąpią do Umowy poczynawszy od dnia 13 lutego 2026 roku.