

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA
WYPADEK UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA
DOCHODÓW/ CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO
PRACY/ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
DLA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH W
CREDIT AGRICOLE BANK POLSKA S.A.**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Na podstawie niniejszych Szczególnych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej: SWU) Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. z siedzibą w Warszawie (zwana dalej: WARTA) udziela ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie wymaganej minimalnej spłaty w przypadku zajścia zdarzenia:

1. utraty stałego źródła dochodów, lub
2. czasowej niezdolności do pracy, lub
3. poważnego zachorowania,

posiadaczom kart kredytowych w Credit Agricole Bank Polska S.A. z siedzibą we Wrocławiu (zwany dalej: Bankiem), w ramach Umowy ubezpieczenia dla posiadaczy kart kredytowych, zawartej między WARTA a Bankiem, na rachunek Ubezpieczonego.

§ 2.

Pojęcia użyte w niniejszych SWU mają następujące znaczenie:

1. **czasowa niezdolność do pracy** - niezdolność do pracy trwająca powyżej 30 dni stwierdzona przez lekarza i potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym na stosownym druku (przy czym lekarzem wystawiającym zaświadczenie nie może być Ubezpieczony lub współmałżonek).
2. **limit kredytowy** - określona przez Bank dopuszczalna kwota, na jaką posiadacz karty może się zadłużyć.
3. **nowotwór (guz) złośliwy** - charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe, rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji, wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka, rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego, wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
4. **niewydolność nerek** - schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.
5. **okres rozliczeniowy** – powtarzalny okres miesięczny (za wyjątkiem pierwszego okresu, który może być krótszy niż miesiąc) kończący się w dniu, w którym sporządzany jest wyciąg karty z rachunku karty kredytowej, przy czym pierwszy okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu zawarcia umowy o kartę kredytową, a każdy kolejny w dniu następującym po dniu wygenerowania wyciągu karty;
6. **operacja pomostowania naczyń wieńcowych** - przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty - kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.
7. **posiadacz karty** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych która zawarła z Bankiem umowę o kartę kredytową, dokonującą w swoim imieniu i na swoją rzecz operacji przy użyciu karty kredytowej.

8. **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań tj. operacja pomostowania naczyń wieńcowych, niewydolność nerek, nowotwór (guz) złośliwy, udar mózgu, zawał serca, przeszczepianie narządów, stwardnienie rozsiane, utrata wzroku, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności WARTY, z zastrzeżeniem § 7 ust 3.
9. **prawo do zasiłku** – decyzja wydana przez właściwą jednostkę administracyjną przyznającą wypłatę zasiłku dla bezrobotnych, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.
10. **przeszczepianie narządów** - przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
11. **rachunek karty kredytowej** – rachunek płatniczy Ubezpieczonego, na którym rozliczane są transakcje dokonywane przy pomocy karty kredytowej oraz opłaty, prowizje i odsetki.
12. **sporty uprawiane wyczynowo lub zawodowo** – dyscypliny sportowe uprawiane w ramach sekcji lub klubów sportowych lub udział w zawodach, obozach kondycyjnych i występach w ramach przynależności do klubów sportowych, a także zarobkowe uprawianie dyscypliny sportu.
13. **sporty niebezpieczne (ekstremalne)** – sporty wysokiego ryzyka, uprawiane celem osiągnięcia maksymalnych wrażeń, za które uważa się alpinizm, i wspinaczka wysokogórska lub skałkowa, taternictwo, speleologia, polarnictwo, wyścigi samochodowe, motocyklowe, motorowe i konne, skoki spadochronowe, lotnictwo, szybownictwo, lotniarstwo i paralotniarstwo, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, boks, sporty walki, sporty związane z użyciem broni białej, skoki na gumowej linie.
14. **status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego w powiatowym urzędzie pracy w myśl obowiązujących przepisów prawa polskiego. Dzień uzyskania statusu bezrobotnego wskazany jest w decyzji wydanej przez właściwą jednostkę administracyjną.
15. **stwardnienie rozsiane** - zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
16. **świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego zgodnie z § 5.
17. **Ubezpieczający** - Bank zawierający umowę ubezpieczenia na rachunek osób trzecich – Ubezpieczonych, zgłaszający ich do ubezpieczenia.
18. **Ubezpieczony** – posiadacz karty na rachunek którego została zawarta umowa ubezpieczenia.
19. **udar mózgu** - martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności: wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu, obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu, obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone). Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórne krwotoki do istniejących ognisk

- poudarowych, jakiegokolwiek inne zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.
20. **umowa o kartę kredytową** - umowa zawarta pomiędzy Bankiem, a posiadaczem karty, zgodnie z zasadami określonymi przez Bank.
 21. **Uprawniony** - osoba, podmiot upoważniony do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 22. **utrata stałego źródła dochodów** – utrata pracy przez Ubezpieczonego powstała z przyczyn niezależnych od winy i woli Ubezpieczonego, skutkiem czego Ubezpieczony uzyskuje status bezrobotnego i nabywa prawo do zasiłku:
 1. w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas określony lub nieokreślony oraz kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego w rozumieniu przepisów polskiego prawa nie związane z wolą lub winą Ubezpieczonego (np. wypowiedzenie umowy o pracę przez pracodawcę, rozwiązanie umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia, rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron na wniosek pracodawcy);
 2. w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą – spowodowane przyczynami ekonomicznymi zaprzestanie prowadzenia i wykreślenie wpisu z ewidencji działalności gospodarczej lub uprawomocnienie się postanowienia o ogłoszeniu upadłości osoby prowadzącej działalność gospodarczą lub uprawomocnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego w sytuacji gdy:
 - a. w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego firma Ubezpieczonego ponosiła stratę, albo
 - b. Ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie działalności firmy Ubezpieczonego, albo
 - c. Pracodawca rozwiązał z Ubezpieczonym umowę cywilno-prawną w ramach której Ubezpieczony wykonywał działalność swojej firmy lub w przypadku osób fizycznych pozostających w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której one same lub osoby bliskie posiadają więcej niż 10% kapitału zakładowego:
uprawomocnienie się postanowienia o ogłoszeniu upadłości spółki albo
uprawomocnienie się wyroku sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego lub zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej przez spółkę i wykreślenie jej z odpowiedniego rejestru.
 23. **utrata wzroku** - całkowita i nieodwracalna obuoczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
 24. **wyciąg karty** – zestawienie generowane przez Bank po zakończeniu okresu rozliczeniowego, zawierające informacje o dokonanych na rachunku karty kredytowej transakcjach oraz wskazujące wysokość zadłużenia danego Ubezpieczonego z tytułu dokonanych transakcji wraz z należnymi prowizjami, opłatami i odsetkami.
 25. **wymagana spłata minimalna** – wykazana na wyciągu karty kwota minimalna, którą posiadacz karty kredytowej zobowiązany jest uregulować tak, aby została zaksięgowana przez Bank do dnia spłaty – naliczona zgodnie z zasadami określonymi w umowie o kartę kredytową.
 26. **zawał serca** - rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników

niedokrwienia mięśnia sercowego: typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego, jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamki T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

27. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – utrata stałego źródła dochodów/ czasowa niezdolność do pracy/ poważne zachorowanie.

PRZEDMIOT I ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest wymagana minimalna spłata wskazana w aktualnym wyciągu karty.
2. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w przypadku:
 - 1) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego dla osób których wiek nie przekracza 67 roku życia lub nie pobierają świadczenia rentowego lub emerytalnego wypłacanego przez właściwy organ rentowy lub emerytalny,
 - 2) poważnego zachorowania Ubezpieczonego,
 - 3) utraty stałego źródła dochodów przez Ubezpieczonego dla osób których wiek nie przekracza 67 roku życia lub nie pobierają świadczenia rentowego lub emerytalnego wypłacanego przez właściwy organ rentowy lub emerytalny.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4.

1. WARTA obejmuje ochroną ubezpieczeniową osoby spełniające w dniu przystąpienia do ubezpieczenia poniższe warunki:
 - 1) zawarły z Ubezpieczającym umowę o kartę kredytową,
 - 2) ukończyły 18 lat i nie przekroczyły 75 roku życia,
 - 3) wyraziły zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową (podpisały deklarację ubezpieczeniową),
 - 4) mają przyznany limit kredytowy w łącznej wysokości nie przekraczającej 50.000 PLN.
2. Dodatkowo w zakresie ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów, ochroną ubezpieczeniową obejmowane są osoby spełniające warunki wskazane w ust 1 oraz które:
 - 1) pracują na podstawie umowy o pracę/stosunku służbowego/kontraktu menedżerskiego i były zatrudnione w okresie co najmniej 90 dni (w sposób ciągły) przed przystąpieniem do ubezpieczenia i nie są w okresie wypowiedzenia, lub
 - 2) prowadzą działalność gospodarczą, przez co najmniej 6 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia oraz do dnia przystąpienia do ubezpieczenia nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej lub wniosek o upadłość lub likwidację spółki.
3. W ramach danej umowy o kartę kredytową, ubezpieczeniem może zostać objęta osoba, która tę umowę zawarła, spełniająca warunki określone w ust. 1 i która została zgłoszona przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia.

RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

§ 5.

1. Z tytułu umowy ubezpieczenia WARTA wypłaca świadczenie miesięczne:
 - 1) przez 12 kolejnych miesięcy w przypadku poważnego zachorowania,
 - 2) za każdy miesiąc czasowej niezdolności do pracy lub pozostawania bez pracy w przypadku utraty stałego źródła dochodów nie dłużej niż przez okres 6 miesięcy,w wysokości wymaganej spłaty minimalnej, wskazanej w aktualnym wyciągu karty, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Łączna liczba świadczeń z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych od dnia rozpoczęcia ochrony wskazanego w deklaracji ubezpieczeniowej do dnia wskazanego w § 6 ust 3 nie może przekroczyć 12-stu, łączna ich wartość nie może przekroczyć 50 000 zł.

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 6.

1. Okres odpowiedzialności WARTY wobec poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się 30 dni po dniu rozpoczęcia ochrony wskazanym w deklaracji ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż z dniem zawarcia umowy o kartę kredytową, pod warunkiem zgłoszenia posiadacza karty do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i trwa przez 12 miesięcy, z zastrzeżeniem ust 2 i 3 .
2. Po upływie pierwszego okresu odpowiedzialności WARTY, ochrona ubezpieczeniowa wznawiana jest na kolejne 12 miesięczne okresy odpowiedzialności na warunkach obowiązujących w umowie w dniu kontynuacji, chyba że Ubezpieczony przez upływem pierwszego lub kolejnego okresu odpowiedzialności złoży Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.
3. Odpowiedzialność WARTY kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
 - 2) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat lub zaczął pobierać świadczenie rentowe lub emerytalne - dotyczy czasowej niezdolności do pracy lub utraty stałego źródła dochodów.
 - 3) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat - dotyczy poważnego zachorowania.
 - 4) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego przypadającym po dniu złożenia rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego.
 - 5) w dniu wyczerpania sumy ubezpieczenia.
 - 6) z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego w którym nastąpiło rozwiązanie umowy o kartę kredytową.
4. W przypadku rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność WARTY ustaje z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia w stosunku do tych Ubezpieczonych, za których nie została zapłacona składka w okresie obowiązywania umowy.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§ 7.

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe na skutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wyjątkowego, strajków, zamieszek,
 - 2) rozruchów, bójek, buntu, rewolucji, powstania, aktów terrorystycznych,
 - 3) wybuchu, skażenia toksycznego, działania promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego pochodzącego z jakiegokolwiek źródła wykorzystującego energię jądrową (nie wyłączając działania broni oraz innych urządzeń i ich komponentów), a w szczególności z paliwa jądrowego lub z jakichkolwiek odpadów promieniotwórczych powstałych w wyniku reakcji rozpadu albo syntezy jądrowej.
2. Dodatkowo w przypadku czasowej niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania, WARTA nie odpowiada za szkody powstałe na skutek:
 - 1) zatrucia spowodowanego wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii z wyjątkiem sytuacji gdy spożycie środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
 - 2) próby samobójczej,
 - 3) prowadzenia wszelkiego rodzaju pojazdów bez wymaganych prawem uprawnień, względnie po spożyciu alkoholu, zażyciu narkotyków lub innych środków odurzających,
 - 4) zdarzeń powstałych w związku z zawodowym lub wyczynowym uprawianiem sportu,
 - 5) zdarzeń zaistniałych podczas uprawiania sportów niebezpiecznych (ekstremalnych),
 - 6) usiłowania lub dokonania samookaleczenia a także usiłowania lub dokonania przez osobę trzecią okaleczenia ubezpieczonego na jego prośbę,
 - 7) nie przestrzeganie zaleceń lekarza lub poddanie się zabiegom o charakterze medycznym poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, w wyjątkiem udzielania Ubezpieczonemu pierwszej pomocy w związku z nieszczęśliwym wypadkiem.
 - 8) spożycia alkoholu,
 - 9) zakażenie wirusem HIV lub chorobą AIDS,
 - 10) operacji plastycznych, o ile nie były wskazane jako leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,
 - 11) ciąży, chyba że wiąże się z pobytem w szpitalu,
 - 12) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych jest wyłączona, w przypadku zajścia poważnego zachorowania, jeżeli do jego spowodowania przyczyniła się choroba, zdiagnozowana lub leczona w ciągu 36 miesięcy przed dniem przystąpienia do ubezpieczenia.
4. Ponadto, w przypadku utraty stałego źródła dochodów odpowiedzialność WARTY jest wyłączona gdy:
 - 1) Ubezpieczony prowadzący działalność gospodarczą miał na dzień przystąpienia do ubezpieczenia zaległości w spłacie swoich zobowiązań wynikających z prowadzonej działalności gospodarczej, w szczególności wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Urzędu Skarbowego (US),
 - 2) Ubezpieczony podjął jakąkolwiek pracę zarobkową,

- 3) wygaśnięcie umowy o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menedżerski zawarty na czas określony,
 - 4) zostanie wypowiedziana umowa o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menedżerski przez Ubezpieczonego lub rozwiązana umowa o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menedżerski za porozumieniem stron na wniosek Ubezpieczonego,
 - 5) zostanie rozwiązana umowa o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menedżerski bez wypowiedzenia z winy pracownika.
5. WARTA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu utraty stałego źródła dochodów również jeżeli:
- 1) w chwili przystąpienia Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że zostanie bezrobotnym lub wiedział o planowanych zwolnieniach grupowych w zakładzie pracy lub planach restrukturyzacji, tj. jeżeli zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - a) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu dotychczasowych warunków pracy lub płacy,
 - b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę,
 - c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych,
 - d) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę,
 - e) pracodawca złożył wniosek o ogłoszenie upadłości, likwidacji lub rozpoczął postępowanie układowe zakładu pracy.
 - 2) w chwili przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony uzyskiwał wynagrodzenie z tytułu już nie świadczonej pracy.
6. WARTA nie ponosi odpowiedzialności gdy utrata stałego źródła dochodów nastąpiła w związku z zakończeniem stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego:
- 1) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, która jest z Ubezpieczonym krewnym lub powinowatym do drugiego stopnia pokrewieństwa,
 - 2) ze spółką osobową w której współlnikiem lub krewnym jest powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia pokrewieństwa,
 - 3) ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia pokrewieństwa posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych).
7. Ponadto WARTA nie ponosi odpowiedzialności za jakiegokolwiek przeterminowane zobowiązania i koszty związane z ich obsługą, naliczone poza okresem od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia. Okres od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia wypłaty świadczenia nie może być dłuższy niż 120 dni.
8. Ponadto WARTA nie ponosi odpowiedzialności jeżeli okres pozostawania bez pracy w wyniku czasowej niezdolności do pracy lub na skutek utraty stałego źródła dochodów trwał krócej niż 30 dni.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 8.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego określona jest jako suma 6 lub 12 świadczeń z zastrzeżeniem § 5 i stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich zdarzeń określona jest jako suma 12 świadczeń z zastrzeżeniem § 5 i stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY z tytułu wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie odpowiedzialności WARTY.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYSTĄPIENIA SZKODY

§ 9.

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) zgłosić niezwłocznie szkodę do WARTY za pośrednictwem Ubezpieczającego w terminie 30 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego, jednak nie później niż w ciągu 14 dni po ustaniu okoliczności uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie szkody,
 - 2) wypełnić i podpisać druk zgłoszenia szkody i dostarczyć stosowne dokumenty zgodnie z ust 2 i 3.
2. Dokumentami, o których mowa w ust. 1 pkt 2) są, w przypadku:
 - 1) **czasowej niezdolności do pracy:**
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego, że w danym okresie jest niezdolny do pracy oraz nie wykonuje pracy zarobkowej,
 - b) kopia zwolnienia lekarskiego wystawiona na stosownym druku,
 - c) zaświadczenie z właściwego organu rentowego lub zakładu pracy o pobieraniu zasiłku chorobowego z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) **utrata stałego źródła dochodów:**
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego, że utracił ostatnio wykonywaną pracę oraz nie wykonuje jakiegokolwiek innej pracy zarobkowej,
 - b) kopia świadectwa pracy określającego tryb rozwiązania umowy o pracę, którą Ubezpieczony ostatnio wykonywał,
 - c) kopia dokumentu stwierdzającego zarejestrowanie Ubezpieczonego jako bezrobotnego w Urzędzie Pracy.
 - 3) **utrata stałego źródła dochodów – dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą:**
 - a) prawomocne postanowienie właściwego sądu/ zaświadczenie potwierdzające wykreślenie wpisu w ewidencji działalności gospodarczej, oraz
 - b) zaświadczenie z Urzędu Skarbowego potwierdzające fakt, iż prowadzona działalność gospodarcza przez Ubezpieczonego przynosiła stratę w okresie ostatnich 3 miesięcy przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego lub inny dokument potwierdzający wspomnianą stratę np. odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia, książkę przychodów i rozchodów); albo
 - c) dokumenty potwierdzające fakt rozwiązania umowy cywilno-prawnej z Ubezpieczonym; albo

- d) oświadczenie Ubezpieczonego wskazujące na podstawę prawną która wpłynęła na zajście zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - e) kopia dokumentu stwierdzającego zarejestrowanie Ubezpieczonego jako bezrobotnego w Urzędzie Pracy.
- 4) **poważnego zachorowania:**
- a) dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem poważnego zachorowania;
 - b) wyniki badań potwierdzających wystąpienie poważnego zachorowania;
3. Ubezpieczony ma obowiązek udostępnić także inne wskazane przez WARTĘ dokumenty, potrzebne do ustalenia okoliczności i przyczyn wystąpienia zdarzenia.
4. Jeżeli z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczony nie zgłosił szkody w terminie wskazanym w ust. 1, WARTA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
5. W razie niedopełnienia któregokolwiek z obowiązków, o których mowa w ust.2 i 3 WARTA może odmówić wypłaty świadczenia lub je odpowiednio zmniejszyć o ile miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia bądź ustalenie rozmiarów szkody.

ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

§ 10.

1. Ustalenie zasadności wypłaty świadczenia następuje na podstawie przedłożonych przez Ubezpieczonego dokumentów. WARTA wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. Jeżeli okres pozostawania bez pracy na skutek utraty stałego źródła dochodów lub w wyniku niezdolności do pracy trwał dłużej niż 30 dni, WARTA wypłaca świadczenie za okres od daty wystąpienia zdarzenia, zgodnie z niniejszymi warunkami ubezpieczenia.
3. W przypadku zaistnienia w czasie trwania odpowiedzialności WARTY kilku zdarzeń objętych ubezpieczeniem czasowej niezdolności do pracy lub utraty stałego źródła dochodów, WARTA wypłaci więcej niż jedno świadczenie, jeżeli kolejne zdarzenie wystąpiło nie wcześniej niż 6 miesięcy od dnia wypłaty ostatniej raty świadczenia z tytułu poprzedniego zdarzenia. Wypłata świadczenia nastąpi zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2. i 3.
4. W przypadku podjęcia pracy trwającej nie dłużej niż 3 miesiące (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej) w czasie wypłaty świadczenia z tytułu utraty stałego źródła dochodów wypłata jest zawieszana. Wznowienie wypłaty świadczenia następuje po zakończeniu pracy tymczasowej, przy czym suma wypłaconych świadczeń miesięcznych wypłaconych przed podjęciem pracy tymczasowej i po zakończeniu pracy tymczasowej, nie może przekroczyć liczby 6 wymaganych minimalnych spłat .
5. Jeżeli czasowa niezdolność do pracy lub utrata stałego źródła dochodów lub poważne zachorowanie występują jednocześnie względem jednego Ubezpieczonego, świadczenie jest wypłacane z tytułu tylko jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli w trakcie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło kolejne zdarzenie ubezpieczeniowe z tytułu którego WARTA zobowiązana jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, WARTA wypłaca świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego z którego przysługuje więcej świadczeń.

7. Jeżeli Ubezpieczony utracił pracę w trybie uniemożliwiającym mu uzyskanie świadczenia, a następnie doprowadził do zmiany kwalifikacji trybu rozwiązania umowy o pracę na mocy prawomocnego wyroku sądu, świadczenie przysługuje od daty utraty stałego źródła dochodów.
8. Zasadność kontynuacji wypłacania miesięcznych świadczeń z tytułu utraty stałego źródła dochodów, musi być potwierdzana przez Ubezpieczonego w kolejnych miesiącach. Dokumenty potwierdzające status bezrobotnego z prawem do zasiłku z Urzędu Pracy powinny być dostarczone niezwłocznie po ich wydaniu bądź dokonaniu stosownej adnotacji, jednak nie później niż na 7 dni przed terminem wymaganej minimalnej spłaty. Terminy i wysokość wymaganej minimalnej spłaty określa wyciąg karty. Niedostarczenie dokumentów w podanym terminie powoduje wstrzymanie wypłaty świadczenia. Dokumenty dostarczane są każdorazowo do WARTY.
9. Zasadność kontynuacji wypłacania miesięcznych świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy, musi być potwierdzana przez Ubezpieczonego w kolejnych miesiącach. Dokument potwierdzający czasową niezdolność do pracy w postaci zwolnienia lekarskiego wystawiony na stosownym druku, powinien być dostarczony niezwłocznie po ich wystawieniu. Terminy i wysokość wymaganej minimalnej spłaty określa wyciąg karty. Niedostarczenie dokumentów w podanym terminie powoduje wstrzymanie wypłaty świadczenia. Dokumenty dostarczane są każdorazowo do WARTY.
10. W przypadku czasowej niezdolności do pracy i poważnego zachorowania, WARTA może wystąpić do Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego o wyrażenie pisemnej zgody na wystąpienie WARTY do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniu praw osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia w szczególności do lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku.
11. WARTA może odmówić świadczenia lub je zmniejszyć w wypadku odmowy udzielenia zgody na uzyskanie informacji, o których mowa w ust 10 jeżeli miało to wpływ na ustalenie istnienia lub zakresu jej odpowiedzialności.
12. W uzasadnionych przypadkach budzących wątpliwość co do uznania roszczenia, WARTA może skierować Ubezpieczonego na specjalistyczne badania lekarskie, które odbywają się na koszt WARTY i są przeprowadzane przez lekarzy powołanych przez WARTĘ – dotyczy czasowej niezdolności do pracy i poważnego zachorowania.
13. WARTA zastrzega sobie prawo do zasięgnięcia opinii specjalistów oraz weryfikacji wszelkich dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego lub osoby reprezentujące jego interesy.

OKREŚLENIE TERMINU WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

§ 11.

1. WARTA zobowiązana jest spełniać należne świadczenie w terminie 30 dni od daty zawiadomienia WARTY o zdarzeniu
2. W przypadku niemożności wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności WARTY lub wysokości świadczenia w terminie określonym w ust. 1 WARTA zobowiązana jest, jeżeli uznaje swoją odpowiedzialność, wypłacić świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia WARTA zobowiązana jest wypłacić w terminie określonym w ust. 1.
3. W przypadku odmowy wypłaty całości lub części świadczenia WARTA informuje o tym pisemnie Ubezpieczonego podając okoliczności, podstawę prawną oraz informując o

możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego.

4. Świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu.
5. Wypłata świadczenia nie zwalnia Ubezpieczonego z obowiązku regulowania zobowiązań kredytowych wobec Ubezpieczającego.

PRZEJŚCIE ROSZCZEŃ NA WARTĘ

§ 12.

1. Jeżeli w związku ze zdarzeniem, za które WARTA wypłaciła odszkodowanie Ubezpieczonemu przysługuje roszczenie do osoby trzeciej, roszczenie to przechodzi na WARTĘ do wysokości wypłaconego odszkodowania.
2. Nie przechodzi na WARTĘ roszczenie przeciwko osobom, z którymi Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym, chyba że sprawca wyrządził szkodę umyślnie.
3. Jeżeli ze względów proceduralnych z powództwem może wystąpić tylko Ubezpieczony lub jego spadkobierca, na żądanie WARTY udzieli on wymaganych pełnomocnictw procesowych oraz złoży wymagane przepisami danego kraju wnioski i oświadczenia, jak również upoważni WARTĘ do odbioru zasądzonych kwot i odszkodowań, odsetek i kosztów postępowania.

DOCHODZENIE ROSZCZEŃ

§ 13.

1. Skargi i zażalenia mogą być składane przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego w formie pisemnej do TUIR WARTA S.A. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi lub zażalenia jest:
 - 1) Dyrektor Centrum Produktowego, na terenie działalności którego umowa ubezpieczenia była zawierana – w zakresie sprzedaży ubezpieczenia,
 - 2) Dyrektor Centrum Likwidacji Szkód, na terenie działalności którego szkoda była likwidowana – w zakresie likwidacji szkód,który pisemnie udziela odpowiedzi osobie, składającej skargę lub zażalenie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo wg przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach stosuje się odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych powszechnie obowiązujących przepisów prawa.
2. Do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych SWU stosuje się prawo polskie.