

NOTA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KLIENTÓW CREDIT AGRICOLE BANK POLSKA S.A.

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na życie dla Klientów Credit Agricole Bank Polska SA (zwane dalej „OWU”) określają warunki, zgodnie z którymi zawierana jest umowa grupowego ubezpieczenia na życie (dalej zwana „Umową”), której przedmiotem jest objęcie przez CALI EUROPE S.A. Oddział w Polsce (dalej zwanego „Ubezpieczycielem”) ochroną ubezpieczeniową osób fizycznych – Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A. (dalej zwanego „Ubezpieczającym”).

Podstawowe pojęcia w Umowie:

Przystąpienie do ubezpieczenia – przystąpienie do ubezpieczenia jest dobrowolne, skutkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest objęcie Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową;

Ochrona ubezpieczeniowa – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty Świadczenia w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

Składka – rata składki będąca kwotą należną Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego za danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy, płatna na rachunek bankowy Ubezpieczyciela w wysokości, częstotliwości i terminach określonych w Deklaracji przystąpienia;

Świadczenie – suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;

Ubezpieczony – Klient, który przystąpił do ubezpieczenia;

Uprawniony – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, wskazana przez Ubezpieczonego jako Uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego. Ubezpieczony może zmienić lub odwołać wskazanie Uprawnionego w każdym czasie;

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zgon Ubezpieczonego lub zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Klient, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia będzie miał ukończony 18 rok życia i nie więcej niż 65 lat.

W celu przystąpienia przez Klienta do ubezpieczenia muszą zostać spełnione łącznie następujące warunki:

- złożenie przez Klienta Ubezpieczającemu prawidłowo wypełnionej – a w przypadku składania w formie pisemnej również podpisanej – Deklaracji przystąpienia,
- złożenie przez Klienta oświadczenia o stanie zdrowia; w przypadku gdy Klient nie złoży oświadczenia o stanie zdrowia, wówczas zobowiązany jest do złożenia wypełnionej i podpisanej ankiety o stanie zdrowia Klienta,
- zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela ankiety o stanie zdrowia Klienta, o której mowa powyżej,
- opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej składki za Klienta.

Klient jest obowiązany podawać zgodne z prawdą informacje dotyczące stanu jego zdrowia, tj. złożyć zgodne z prawdą oświadczenie o stanie zdrowia lub udzielić zgodnych z prawdą odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie o stanie zdrowia. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem powyższego obowiązku 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. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się następnego dnia po dniu przystąpienia do ubezpieczenia. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie zrezygnować z ubezpieczenia ze skutkiem na dzień określony w Artykule 3 OWU.

Załącznik nr 1 do Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A.
(poprzednio LUKAS Banku SA) z dnia 06 maja 2008 roku
(jednocześnie Załącznik Nr 1 do Aneksu Nr 5 zmieniającego Umowę)

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
KLIENTÓW Credit Agricole Bank Polska S.A.
(tekst jednolity na dzień 29 stycznia 2013 roku)**

SPIS TREŚCI

ARTYKUŁ 1	POSTANOWIENIA OGÓLNE	Str. 3
ARTYKUŁ 2	PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	Str. 3
ARTYKUŁ 3	PRZYSTĄPIENIE DO I REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA	Str. 3
ARTYKUŁ 4	OKRES UBEZPIECZENIA	Str. 4
ARTYKUŁ 5	SUMA UBEZPIECZENIA	Str. 4
ARTYKUŁ 6	UPRAWNIONY	Str. 4
ARTYKUŁ 7	ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ZGONU UBEZPIECZONEGO I ZGONU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	Str. 5
ARTYKUŁ 8	ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA	Str. 5
ARTYKUŁ 9	Str. 5
ARTYKUŁ 10	OGRANICZENIA ZAKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	Str. 5
ARTYKUŁ 11	SKŁADKA	Str. 6
ARTYKUŁ 12	UMOWA. OKRES TRWANIA UMOWY	Str. 6
ARTYKUŁ 13	POSTANOWIENIA KOŃCOWE	Str. 7
ARTYKUŁ 14	Str. 7
ARTYKUŁ 15	Str. 7

OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE KLIENTÓW Credit Agricole Bank Polska S.A. (tekst jednolity na dzień 29 stycznia 2013 roku)

ARTYKUŁ 1 – POSTANOWIENIA OGÓLNE

- Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na życie Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A. (dalej zwane „OWU”) określają warunki, zgodnie z którymi zawierana jest umowa grupowego ubezpieczenia na życie (dalej zwana „Umową”), której przedmiotem jest objęcie przez CALI EUROPE S.A. Oddział w Polsce (dalej zwanego „Ubezpieczycielem”) ochroną ubezpieczeniową osób fizycznych – Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A. (dalej zwanego „Ubezpieczającym”).
- Terminom używanym w Umowie oraz w OWU i wszelkich dokumentach do nich dołączonych nadaje się następujące znaczenie:
 - Akt przemocy** – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zmusza ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy, władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
 - Akt terroru** – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na wprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego, bądź też na użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowej, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego;
 - Deklaracja przystąpienia** – oświadczenie woli Klienta, mocą którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy, w tym w szczególności na wysokość Sumy ubezpieczenia; Deklaracja przystąpienia stanowi jednocześnie dokument potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową oraz określający szczegółowo warunki, na jakich została udzielona ochrona ubezpieczeniowa; integralną częścią Deklaracji przystąpienia jest oświadczenie o stanie zdrowia, a w przypadkach wskazanych w OWU również ankieta o stanie zdrowia;
 - Klient** – osoba fizyczna, która w chwili przystąpienia do ubezpieczenia jest związana z Ubezpieczającym umową rachunku bankowego;
 - Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane działającą nagle i niezależnie od woli Ubezpieczonego przyczyną zewnętrzną;
 - Ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - Okres karencji w płatności składki** – okres, za który nie została opłacona składka, a w którym udzielana jest ochrona ubezpieczeniowa; okres karencji w płatności składki wynosi 30 dni, z zastrzeżeniem Art. 11 ust. 9 OWU;
 - Okres ubezpieczenia** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej;
 - Przystąpienie do ubezpieczenia** – łączne spełnienie warunków określonych w Art. 3 ust. 2 OWU; skutkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest objęcie Klienta ochroną ubezpieczeniową;
 - Rezygnacja z ubezpieczenia** – złożenie przez Ubezpieczonego Ubezpieczającemu oświadczenia woli o rezygnacji z ubezpieczenia w formie pisemnej lub złożenie oświadczenia woli o rezygnacji za pośrednictwem udostępnionych przez Bank usług bankowości elektronicznej (środki porozumiewania się na odległość) na warunkach określonych w Regulaminie konta dla osób fizycznych w Credit Agricole Bank Polska SA;
 - Rozruchy i zamieszki** – zbiorowy akt naruszenia porządku publicznego;

- Składka** – rata składki będąca kwotą należną Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego za danego Ubezpieczonego z tytułu Umowy, płatna na rachunek bankowy Ubezpieczyciela w wysokości, częstotliwości i terminach określonych w Deklaracji przystąpienia;
- Suma ubezpieczenia** – kwota określona zgodnie z OWU, wskazana w Deklaracji przystąpienia, stanowiąca podstawę do obliczania wysokości świadczenia;
- Świadczenie** – suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- Ubezpieczony** – Klient, który przystąpił do ubezpieczenia;
- Uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, wskazana przez Ubezpieczonego jako uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego;
- Zdarzenie ubezpieczeniowe (losowe)** – zgon Ubezpieczonego lub zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- Złożenie deklaracji** – złożenie Deklaracji przystąpienia lub obniżenia/podwyższenia sumy ubezpieczenia Ubezpieczającemu w formie pisemnej lub za pośrednictwem udostępnionych przez Bank usług bankowości elektronicznej (środki porozumiewania się na odległość) na warunkach określonych w Regulaminie konta dla osób fizycznych w Credit Agricole Bank Polska SA.

ARTYKUŁ 2 – PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres Ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego obejmuje poniżej wskazane Zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - zgon Ubezpieczonego,
 - zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

ARTYKUŁ 3 – PRYZYSTĄPIENIE DO I REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

- Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Klient, który w dniu złożenia Deklaracji przystąpienia będzie miał ukończony 18 rok życia, oraz którego wiek w dniu Przystąpienia do ubezpieczenia nie przekroczy 65 lat.
- W celu przystąpienia przez Klienta do ubezpieczenia muszą zostać spełnione łącznie następujące warunki:
 - złożenie przez Klienta Ubezpieczającemu prawidłowo wypełnionej – a w przypadku składania w formie pisemnej również podpisanej – Deklaracji przystąpienia,
 - złożenie przez Klienta oświadczenia o stanie zdrowia; w przypadku gdy Klient nie złoży oświadczenia o stanie zdrowia, wówczas zobowiązany jest do złożenia wypełnionej i podpisanej ankiety o stanie zdrowia
 - zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela ankiety o stanie zdrowia Klienta, o której mowa w pkt. 2),
 - opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej składki za Klienta.
- Klient jest obowiązany podawać zgodne z prawdą odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie o stanie zdrowia lub złożyć zgodne z prawdą oświadczenie o stanie zdrowia.
- Ubezpieczyciel ma prawo nie wyrazić zgody na objęcie Klienta Ochroną ubezpieczeniową.
- Ubezpieczony ma prawo w dowolnym czasie zrezygnować z ubezpieczenia. W razie rezygnacji:

- 1) w okresie karencji w płatności składki, o którym mowa w Art. 11 ust. 9 – Ubezpieczyciel nie wzywa Ubezpieczającego do opłacenia zaległej za danego Ubezpieczonego składki, a ochrona ustaje z końcem dnia, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia,
- 2) przed upływem 30 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia – zastosowanie ma Art. 11. ust. 8 OWU,
- 3) po upływie terminu 30 dni od dnia rozpoczęcia Okresu ubezpieczenia – skutek zależy od częstotliwości opłacania składki z tytułu danego Ubezpieczonego: w przypadku opłacania składki z częstotliwością kwartalną, półroczną lub roczną ochrona ubezpieczeniowa ustaje z końcem dnia, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia, natomiast w przypadku opłacania składki z częstotliwością miesięczną Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca okresu, za który została opłacona ostatnia składka za Ubezpieczonego, chyba że zastosowanie ma pkt. 1) powyżej.

ARTYKUŁ 4 – OKRES UBEZPIECZENIA

1. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego, rozpoczyna się następnego dnia po dniu Przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Okres ubezpieczenia w stosunku do danego Ubezpieczonego kończy się w przypadku:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku – z dniem zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) rezygnacji z ubezpieczenia – ze skutkiem na dzień określony zgodnie z Art. 3 ust. 5,
 - 4) osiągnięcia przez Ubezpieczonego wieku 65 lat – z upływem dnia, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, nie wcześniej jednak niż z końcem okresu, za który została opłacona ostatnia składka za tego Ubezpieczonego przed ukończeniem przez niego 65 roku życia,
 - 5) nieopłacenia składki za danego Ubezpieczonego przez Ubezpieczającego w dodatkowym terminie określonym zgodnie z Art.11 ust. 9 – z upływem tego dodatkowego terminu,
 - 6) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy – z końcem dnia, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pismo o odstąpieniu,
 - 7) wypowiedzenia przez Ubezpieczającego Umowy – z chwilą upływu okresu wypowiedzenia.

ARTYKUŁ 5 – SUMA UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego jest to kwota wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia lub w deklaracji podwyższenia/obniżenia Sumy ubezpieczenia, wybrana z następujących wartości:
 - 1) 10 000 (dziesięć tysięcy) zł,
 - 2) 20 000 (dwadzieścia tysięcy) zł,
 - 3) 30 000 (trzydzieści tysięcy) zł,
 - 4) 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) zł,
 - 5) 75 000 (siedemdziesiąt pięć tysięcy) zł,
 - 6) 100 000 (sto tysięcy) zł,
 - 7) 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) zł,
 - 8) 200 000 (dwieście tysięcy) zł.
2. Dla Klientów Przystępujących do ubezpieczenia lub wnioskujących o podwyższenie Sumy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość w sposób akceptowany przez Ubezpieczyciela Sumy ubezpieczenia wymienione w ust. 1 powyżej są dostępne wyłącznie pod warunkiem złożenia oświadczenia o stanie zdrowia.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosi 200 % kwoty wskazanej zgodnie z ust. 1.

4. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wyrażenia zgody na proponowaną przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia wysokość Sumy ubezpieczenia, co jest równoznaczne z odmową objęcia Ochroną ubezpieczeniową.
5. Ubezpieczony w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia ma prawo złożyć deklarację obniżenia Sumy ubezpieczenia. Obniżenie Sumy ubezpieczenia nie wymaga zgody Ubezpieczyciela i staje się skuteczne z dniem określonym zgodnie z ust. 9.
6. Ubezpieczony w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia ma prawo złożyć deklarację podwyższenia sumy ubezpieczenia, na warunkach określonych w ustępach poniższych.
7. Ubezpieczony, składając deklarację podwyższenia Sumy ubezpieczenia, składa oświadczenie o stanie zdrowia. W przypadku złożenia oświadczenia o stanie zdrowia zgoda Ubezpieczyciela na zaproponowaną Sumę ubezpieczenia nie jest wymagana.
8. Jeżeli Ubezpieczony, składając deklarację podwyższenia Sumy ubezpieczenia, nie złoży oświadczenia o stanie zdrowia, jest zobowiązany do złożenia wypełnionej i podpisanej ankiety o stanie zdrowia. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio.
9. Zmiana Sumy ubezpieczenia będzie skuteczna z pierwszym dniem po okresie, za jaki została zapłacona ostatnia składka za danego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku, gdy deklaracja podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia została złożona w okresie karencji w płatności składki, o którym mowa w Art. 11 ust. 9, zmiana Sumy ubezpieczenia będzie skuteczna z pierwszym dniem po okresie, w którym wystąpiła karencja w płatności składki za danego Ubezpieczonego, jeżeli nie doszło do ustania ubezpieczenia na warunkach określonych w Art. 11 ust. 9.
11. W związku ze zmianą wysokości Sumy ubezpieczenia zmianie ulega odpowiednio wysokość składki.

ARTYKUŁ 6 – UPRAWNIONY

1. Ubezpieczony w Deklaracji przystąpienia może wskazać Uprawnionego lub Uprawnionych do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego lub zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1, poprzez złożenie Ubezpieczycielowi oświadczenia o zmianie lub odwołaniu Uprawnionego na formularzu Ubezpieczyciela. Oświadczenie może być złożone również Ubezpieczającemu, który niezwłocznie przekazuje je Ubezpieczycielowi. Zmiana lub odwołanie Uprawnionego jest skuteczne z chwilą, kiedy dotarło do Ubezpieczyciela.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się Uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
4. Jeżeli suma wskazań procentowych w świadczeniu jest wyższa lub niższa niż 100% świadczenia, udziały Uprawnionych w świadczeniu oblicza się poprzez proporcjonalne obniżenie lub podwyższenie wskazanych udziałów, aby ich łączna suma wynosiła 100%.
5. Jeżeli Uprawniony umyślnie przyczynił się do zgonu Ubezpieczonego to traci on prawo do Świadczenia Ubezpieczyciela.
6. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionego albo gdy Uprawniony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia w myśl ust. 5 powyżej, osobami Uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, 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.

- Otrzymanie świadczenia przez osobę lub osoby wskazane w ust. 6 wymienione w pierwszej kolejności, wyklucza otrzymanie świadczenia przez osoby wymienione w dalszej kolejności.
- Osoba składająca Ubezpieczycielowi wniosek o wypłatę Świadczenia obowiązana jest dołączyć dokumenty potwierdzające jej prawo do świadczenia, 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. 6 pkt 4 powyżej osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia obowiązana jest dołączyć prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub prawomocne postanowienie sądu o dziale spadku (jeśli o stwierdzeniu nabycia spadku orzekł sąd w ramach postępowania o dział spadku) bądź akt notarialny poświadczenia dziedziczenia.
- Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie należy do spadku po Ubezpieczonym.

ARTYKUŁ 7 – ŚWIADCZENIE W PRZYPADKU ZGONU UBEZPIECZONEGO I ZGONU UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- Z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, zaistniałych w czasie trwania Okresu ubezpieczenia, świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia ustalonej według postanowień ustępów powyższych, z zastrzeżeniem zapisów Art.10, wypłacane będzie Uprawnionym.
- W przypadku, gdy Uprawnionym do świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest Ubezpieczający, świadczenie wypłacane jest w następujący sposób:
 - Ubezpieczającemu, będącemu jednocześnie Uprawnionym – do wysokości wierzytelności Ubezpieczającego wobec Ubezpieczonego, zgodnie z oświadczeniem Ubezpieczającego, istniejących na dzień zgonu Ubezpieczonego powstałych w wykonaniu czynności bankowych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym; w przypadku, gdy na dzień zgonu Ubezpieczonego, Ubezpieczający nie posiada wobec niego żadnych wymagalnych wierzytelności, o których mowa w zdaniu poprzednim, wówczas Ubezpieczającemu nie jest wypłacane Świadczenie; Ubezpieczający ma prawo skorzystać z przysługującego mu uprawnienia i złożyć wniosek o wypłatę Świadczenia w terminie 3 dni roboczych od dnia zawiadomienia go przez Ubezpieczyciela o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego (losowego), zgodnie z Art. 8 ust. 2 lub od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o zgonie Ubezpieczonego. Po bezskutecznym upływie tego terminu Świadczenie wypłacane jest Uprawnionym, zgodnie z pkt. 2) niniejszego ustępu.
 - Pozostałym Uprawnionym, jeżeli Ubezpieczony wyznaczył innych, obok Ubezpieczającego, Uprawnionych, a w przypadku ich braku osobom wskazanym w Art. 6 ust. 6 – pozostałą część świadczenia lub jego całość, gdy zgodnie z pkt. 1) niniejszego ustępu świadczenie nie będzie należne Ubezpieczającemu.
- Świadczenie z tytułu zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku nie przysługuje, jeśli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 dni od dnia zaistnienia nieszczęśliwego wypadku. W takim przypadku Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w wysokości świadczenia na wypadek zgonu.
- Wypłata Świadczenia, o którym mowa w niniejszym Artykule nastąpi w formie jednorazowej wypłaty.

ARTYKUŁ 8 – ROSZCZENIE I REALIZACJA ŚWIADCZENIA

- Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę Świadczenia, do którego Uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, w szczególności odpis

- lub kopię aktu zgonu Ubezpieczonego, poświadczone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub upoważnionego pracownika Ubezpieczającego.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego (losowego) objętego Ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- Świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 5.
- Za dzień zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę doręczenia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu tego Zdarzenia.
- Gdyby w terminie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie Ubezpieczyciela zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie wskazanym w ust. 3.
- Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
- Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy.
- W przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy przystąpieniu do ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem OWU 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.
- Wypłata Świadczeń na podstawie niniejszej Umowy podlega przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych lub prawnych obowiązującym na dzień wypłaty Świadczenia.
- W przypadku gdy, w związku z wykonaniem zobowiązania wskazanego w Art. 7 powstanie zgodnie z obowiązującymi przepisami obowiązek pobrania i odprowadzenia jakiegokolwiek kwoty, w tym w szczególności kwoty na poczet zobowiązań podatkowych osób Uprawnionych, kwoty pobrane i odprowadzane będą pomniejszać kwoty stosownych wypłat dokonywanych na podstawie Umowy.

ARTYKUŁ 9

W razie powzięcia informacji o śmierci Ubezpieczonego – Ubezpieczający zobowiązany jest bezzwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu na piśmie lub za pośrednictwem poczty elektronicznej.

ARTYKUŁ 10 – OGRANICZENIA ZAKRESU OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej Umowy nie jest objęty zgon Ubezpieczonego – lub zgon Ubezpieczonego

wskutek nieszczęśliwego wypadku – w wyniku:

- 1) samobójstwa dokonanego przed upływem dwóch lat od Przystąpienia przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia,
 - 2) pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po użyciu alkoholu (w rozumieniu przepisów o wychowywaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi), pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) z wyłączeniem środków zażywanych przez Ubezpieczonego zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych dyscyplin sportowych: alpinizm, wspinaczka górską i skałkowa, taternictwo jaskiniowe, speleologia, kajakarstwo wysokogórskie, nurkowanie z użyciem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, baloniarstwo, szybownictwo, lotnictwo, bobsleje, saneczkarstwo, jeździectwo, szermierka, sporty motorowe i motorowodne, sporty siłowe, sporty walki i obronne oraz czynny udział w zawodach, wyścigach, rajdach samochodowych i wyczynowych treningach sportowych,
 - 4) usiłowania dokonania lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - 5) działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach przemocy i terrorku lub sabotażu za wyjątkiem sytuacji, gdy Ubezpieczony zmuszony był działać w obronie własnej lub w obronie innych osób.
2. Zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszej Umowy ponadto w przypadku, gdy nastąpił on wskutek:
- 1) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych prawem uprawnień,
 - 2) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu psychicznego Ubezpieczonego,
 - 3) 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 nieszczęśliwym wypadkiem,
 - 4) podróży łodzią podwodną, lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych.

ARTYKUŁ 11 – SKŁADKA

1. Składkę ustala Ubezpieczyciel z uwzględnieniem wieku oraz innych czynników mających wpływ na zakres udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka ustalana jest jako składka ratalna, należna za jednego Ubezpieczonego, opłacana z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną.
3. W dniu złożenia Deklaracji przystąpienia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki za Ubezpieczonego.
4. W przypadku samodzielnej wpłaty przez Ubezpieczonego Ubezpieczycielowi kwoty będącej równoważnością należnej za tego Ubezpieczonego składki, wpłata ta będzie traktowana jako spełnienie przez Ubezpieczającego zobowiązania wobec Ubezpieczyciela polegającego na zapłacie składki.
5. Częstotliwość, terminy płatności i wysokość składki wskazane są w Deklaracji przystąpienia.
6. Wszelkie wpłaty tytułem składki za danego Ubezpieczonego, dokonane po zakończeniu Okresu ubezpieczenia, które nie mogą być zaliczone na poczet zaległej składki, nie będą uznawane za opłacenie składki i będą zwracane Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania przez Ubezpieczyciela bez odsetek.
7. Wpłaty tytułem składki za danego Ubezpieczonego dokonane w wysokości przewyższającej wysokość należnej składki zostaną zaliczone na poczet przyszłych (kolejnych) składek.

8. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia rozpoczęcia okresu ubezpieczenia – Ochrona ubezpieczeniowa ustaje z końcem dnia, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel zwraca składkę Ubezpieczającemu za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, w terminie 7 dni od dnia, w którym rezygnacja stała się skuteczna.
9. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci w terminie drugiej lub kolejnej składki za danego Ubezpieczonego Ochrona ubezpieczeniowa dotycząca tego Ubezpieczonego ustaje z upływem 30 dni od daty upływu terminu płatności składki, pod warunkiem, że Ubezpieczyciel po upływie terminu płatności składki wezwał Ubezpieczającego do jej zapłaty w dodatkowym terminie 30 dni od daty upływu terminu płatności składki, jednak nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania wezwania, z zagrożeniem, że brak zapłaty spowoduje ustanie odpowiedzialności. W przypadku braku opłacenia składki w tym dodatkowym terminie, uważa się, że Ubezpieczający wypowiedział Umowę w zakresie, w jakim dotyczy Ubezpieczonego, za którego nie została opłacona składka. Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Ubezpieczonego z tytułu którego nie została zapłacona składka ustaje z upływem ww. dodatkowego terminu 30 dni, jednak nie wcześniej niż z upływem 7 dni od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania do zapłaty składki w dodatkowym terminie. Okres za, który nie została opłacona składka, a w którym udzielana jest Ochrona ubezpieczeniowa określany jest w niniejszych OWU jako Okres karencji w płatności składki.
10. Jeżeli Ubezpieczony przystąpił do Umowy ubezpieczenia zgodnie z niniejszymi OWU, a także do Umowy dodatkowej lub Umów dodatkowych (o których mowa w Art. 12 ust. 2), składka ustalana jest jako składka łączna za wszystkie wybrane przez Ubezpieczonego rodzaje ochrony. Oznacza to, że nieopłacenie składki w całości powoduje skutki określone w ust. 9 w stosunku do wszystkich ubezpieczeń, nawet jeśli uiszczona kwota byłaby wystarczająca na zapłacenie składki z tytułu jednego ubezpieczenia.
11. Opłacenie składki uznaje się za skuteczne w dniu, w którym składka wpłynęła na rachunek bankowy Ubezpieczyciela. W przypadku wpłaty kwoty przewyższającej wysokość składki, nadpłata zaliczana będzie przez Ubezpieczyciela na poczet kolejnej składki za danego Ubezpieczonego.
12. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o każdej zmianie rachunku bankowego.
13. Ubezpieczający, na skutek wniosku Ubezpieczonego, ma prawo wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania składek. Zmiana obowiązuje od najbliższego terminu płatności składki według dotychczasowego harmonogramu. W przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskuje o zmianę częstotliwości opłacania składki, pozostając w Okresie karencji w płatności składki, wskazanym w ust. 9, zmiana częstotliwości możliwa jest nie wcześniej niż po zapłaceniu zaległej składki.

ARTYKUŁ 12 – UMOWA. OKRES TRWANIA UMOWY

1. Umowa zawarta zostaje na czas nieokreślony.
2. Z Ubezpieczającym, który zawarł Umowę, może zostać zawarta również Umowa Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia w zakresie ryzyka Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego oraz Umowa Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia w zakresie ryzyka Hospitalizacji Ubezpieczonego.
3. Umowa rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy, zgodnie z ust. 4 poniżej,
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego, zgodnie z ust. 5 poniżej,
4. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
5. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod

- rygorem nieważności, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
6. Bieg terminu wypowiedzenia rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu do siedziby Ubezpieczyciela.
 7. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu opłaconą składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia w terminie 14 dni od otrzymania od Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy.

ARTYKUŁ 13 – POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie 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 otrzymał na piśmie oświadczenie Ubezpieczyciela o przyznaniu lub odmowie wypłaty Świadczenia.

ARTYKUŁ 14

1. Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień OWU i Umowy, zawiadomienia i oświadczenia, w związku z OWU i Umową, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysłane listem poleconym.
2. Ubezpieczony i Ubezpieczający informuje pisemnie Ubezpieczyciela o każdej zmianie swojego adresu. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczonego i Ubezpieczającego o aktualnym adresie w każdej pisemnej korespondencji adresowanej do Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego.

3. Jeżeli Ubezpieczający zmienił adres siedziby i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela, przyjmuje się, że Ubezpieczyciel wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia doręczając pismo pod ostatni podany mu adres. Analogiczne zasady obowiązują w przypadku zmiany adresu przez Ubezpieczyciela.
4. Jeżeli po objęciu danego Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia Ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do Świadczenia.
5. Każdemu Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu z Umowy przysługuje prawo wniesienia reklamacji, którą może wnieść do Ubezpieczyciela na piśmie, telefonicznie na numer 801 300 515 lub za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres obsluga@calie.pl.
6. Reklamacje mogą być również składane za pośrednictwem Ubezpieczającego.
7. Reklamacja powinna zawierać dokładne dane personalne składającego reklamację oraz powód reklamacji.
8. Osoba składająca reklamację zostanie powiadomiona o sposobie jej rozpatrzenia na piśmie listem poleconym na adres podany w reklamacji lub w inny sposób ustalony z osobą składającą reklamację. Do terminów rozpoznania reklamacji odpowiednie zastosowanie mają postanowienia OWU dotyczące terminów wypłaty świadczeń (Art.8 ust. 3 i 5).

ARTYKUŁ 15

1. Dla Umowy właściwe jest prawo polskie.
2. 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 obowiązku.

W imieniu Ubezpieczyciela:



Thierry Verdier
Dyrektor Oddziału