

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW o indeksie BNPP/CASHCPI_3_2.2/2017

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych OWU zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 2. ust. 2 w związku z art. 1 pkt. 3, 11, 17, 27, 35, 38, 39 art. 4 w związku z art.1 pkt. 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 27, 35, 39 art.10 w związku z art.1 pkt. 3, 11, 17, 20, 27, 35, 38, 39 art.11 w związku z art.1 pkt. 3, 11, 17, 20, 25, 27, 35, 39
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia oraz wyłączenia.	art. 8 ust. 4, art. 13 w związku z art. 1 pkt. 3, 5, 11, 17, 27, 35, 38, 39



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie

BNPP/CASHCPI_3_2.2/2017 stosuje się do Umowy Ubezpieczenia, tj.:

- Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym,
- Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, zwanych dalej łącznie „Umową Ubezpieczenia”.

art. 1

DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie **BNPP/CASHCPI_3_2.2/2017** (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- Agent** – przedsiębiorca, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność wykonywania pracy przez Ubezpieczonego stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca z tej samej przyczyny (chorobowej lub wypadkowej) nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia kredytu z zastrzeżeniem, że w przypadku udzielenia przez Kredytodawcę karencji w spłacie Kredytu, zgodnie z Umową kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się 30 dni przed dniem płatności pierwszej Raty kredytu;
- Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia, w postaci elektronicznej, o woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, o treści zgodnej z treścią Wnioskopisy;
- Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (co najmniej równy czasowi trwania Umowy kredytu), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
- Harmonogram spłat** – dokument opracowany przez Kredytodawcę dla potrzeb danej Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat kredytu, obowiązujący na Dzień zajścia Zdarzenia;
- Kredyt** – kredyt gotówkowy udzielany przez Kredytodawcę, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
- Kredytodawca** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A., z siedzibą w Warszawie, (kod pocztowy 01-211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela trwający nieprzerwanie jeden miesiąc i automatycznie wznawiany na kolejne miesięczne okresy ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za kolejny Okres ubezpieczenia, oraz nie złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny miesiąc;
- 14) Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego
- Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
- Pakiet** – jeden z pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną określoną w OWU, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 5 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- Prolongata** – oznacza przedłużenie okresu spłacania Kredytu, zgodnie z warunkami udzielenia kredytu ustalonymi przez Kredytodawcę;
- Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Harmonogramie spłat załączonym do Umowy kredytu, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
- Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia;
- Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem choroby lub nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki,
- Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub każdy inny Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU wskazany we Wnioskopisie, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:



- a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawie w zakresie ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub,
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawie w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 31) **Umowa kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
 - 32) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
 - 33) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
 - 34) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
 - 35) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (co najmniej równy czasowi trwania Umowy kredytu), z ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 36) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia;
 - 37) **Wnioskopolisa** – dokument w formie elektronicznej potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 38) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
 - 39) **Zgon** - zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Pakiet Internet 1**
 - a) **Zgon.**
 - 2) **Pakiet Internet 2**
 - a) **Zgon,**
 - b) **Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,** oraz
 - c) **jedno z niżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu pozyskiwanego przez Ubezpieczonego:**
 - **Czasową niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, krótszy niż czas trwania Umowy kredytu, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo
 - **Utratę pracy** – w przypadku gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony co najmniej równy czasowi trwania Umowy kredytu, albo
 - **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
3. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu 75 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) złożył oświadczenie, w postaci elektronicznej, o woli zawarcia Umowy ubezpieczenia, o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy;
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu oraz
 - c) Ubezpieczający opłacił Składcę w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie przez miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w ostatnim dniu danego Okresu ubezpieczenia w przypadku nieopłacenia składki za kolejny Okres ubezpieczenia;
 - b) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - d) w ostatnim dniu miesiąca w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - e) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy;
 - f) z upływem okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia zgodnie z postanowieniami Art. 5;
 - g) z ostatnim dniem miesiąca w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpi od Umowy ubezpieczenia;
 - h) z dniem odstąpienia od Umowy kredytu;
 - i) w dniu całkowitej spłaty Kredytu;
 w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
4. W przypadku Prolongaty odpowiedzialność Ubezpieczyciela trwa do ostatniego dnia okresu kredytowania, z uwzględnieniem wydłużenia Umowy kredytu na skutek Prolongaty.
5. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu Ubezpieczeni w ramach danej Umowy kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
7. W przypadku, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny łączący formalnie Kredytodawcę z Kredytobiorcom ulegnie rozwiązaniu Ochrona ubezpieczeniowa wygasa.
8. W przypadku, gdy w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej stosunek prawny łączący formalnie Ubezpieczyciela z Ubezpieczonym (w ramach danej Umowy kredytu) objętym Ochroną ubezpieczeniową ulegnie rozwiązaniu, ubezpieczenie wygasa.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone również Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1, w takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o niniejszym odstąpieniu. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o zawarcie Umowy ubezpieczenia.



OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony obowiązany jest złożyć oświadczenie w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy na odpowiednim formularzu internetowym udostępnionym mu przez Agenta.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (lub inny Uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości Raty kredytu oraz wybranego Pakietu.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy równa jest kwocie Salda zadłużenia, zgodnie z Harmonogramem spłat, przy czym nie więcej niż 23.000 PLN.
2. W czasie udzielania Ochrony ubezpieczeniowej podczas całego okresu trwania Umowy kredytu wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy albo Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku równa jest, maksymalnie kwocie równoważności 12 Rat kredytu (w rozumieniu niniejszych OWU), przy czym nie więcej niż 12 000 PLN.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu Ubezpieczonego** lub **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Art. 10 ust. 1.
2. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku, gdy **Czasowa niezdolności do pracy** nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości 5% jednej Raty kredytu, jednak nie więcej niż 50 PLN, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego Czasowo niezdolnym do pracy.
4. W przypadku natomiast, gdy Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi po 60 dniach wskazanych w ust. 3 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego Czasowo niezdolnym do pracy.
5. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy nastąpi przed upływem 30 dni, od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy o, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń (w wysokości określonej w ust. 3 lub 4 w zależności od tego w jakim terminie nastąpiła pierwsza Czasowa niezdolność do pracy) po każdym 30 dniach Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z postanowieniami ust. 3 lub 4 niniejszego artykułu.
6. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie co skutkuje wypłatą pierwszym Świadczenia po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 4 niniejszego artykułu.
7. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu (w wysokości zgodnej z ust. 3 lub 4), bez względu na liczbę zdarzeń (Czasowych niezdolności do pracy) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1000 PLN.
8. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu z zastrzeżeniem ust. 9.
9. W przypadku, gdy **Utrata pracy** nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości 5% jednej Raty kredytu, jednak nie więcej niż 50 PLN, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku.
10. W przypadku natomiast, gdy Utrata pracy nastąpi po 60 dniach wskazanych w ust. 9 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku.
11. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu (w wysokości zgodnej z ust. 9 lub 10), bez względu na liczbę Zdarzeń (przypadków Utraty pracy) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1000 PLN.
12. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** (trwającego nieprzerwanie 5 dni), Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
13. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 12 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
14. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1000 PLN.
15. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) Ubezpieczony,
 - b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na jęz. polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie 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.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.



5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
 6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową sądową.
 7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
 8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
 9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - a) w przypadku **Zgonu**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
 - b) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
 - odpowiednie orzeczenie w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - c) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
 - dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia,
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - d) w przypadku **Utraty pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie rosz-
 - e) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - zaświadczenie o nabyciu przez daną osobę uprawnień do renty lub emerytury lub inne aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia zaświadczenie odnośnie źródła dochodu otrzymywanego przez Ubezpieczonego,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
 - a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające przewidywany okres przerwy w pracy,
 - dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy;
 - b) w przypadku **Utraty pracy**:
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpieczonego został spowodowany lub zaszedł wskutek:
 - a) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - c) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - d) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - e) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Czasowa niezdolność do pracy lub Trwała i całkowita niezdolność do pra-



cy została spowodowana lub zaszła wskutek:

- a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub wypadków mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - c) próby samobójstwa,
 - d) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - g) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - h) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
 - c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte,
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.
 4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku został spowodowany lub zaszła wskutek:
 - a) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - b) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - d) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - e) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.). Świadczenie nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851, z późn. zm.).

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego Artykułu, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia udzielenie odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
8. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
9. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę, zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
10. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
11. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).



W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy Ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BNPP/CASHCPI_3_2.1/2015 zatwierdzone przez odpowiednio:
 - a) Zarząd Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A uchwałą z dnia 30 marca 2015, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 roku zmienione uchwałą Zarządu z dnia 23 października 2017 roku.
 - b) Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 30 marca 2015, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 15 grudnia 2015 roku zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 23 października 2017 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

