

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE BGŻBNPP/HIPOTEKACPI_3_2.1/2018

Drogi Kliencie,

zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia 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 UST. 7, 14, 18, 21, 31, 33, 39, 42, 43, ART. 4, W ZWIĄZKU Z ART. 1 UST. 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 18, 19, 21, 22, 26, 29, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 39, 40, ART. 9, W ZWIĄZKU Z ART. 1 UST. 2, 4, 7, 10, 11, 14, 18, 21, 22, 25, 29, 31, 34, 35, 39, ART. 10, W ZWIĄZKU Z ART. 1 UST. 6, 7, 9, 13, 14, 15, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 29, 30.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12, W ZWIĄZKU Z ART. 1 UST. 6, 8, 18, 19, 21, 29, 33, 34, 39, 42.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BGŻBNPP/HIPOTEKACPI_3_2.1/2018 (dalej: „OWU”) stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, który zawarł Umowę Kredytu.



W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BGŻBNPP/HIPOTEKACPI_3_2.1/2018 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **„Agent”** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie Składki ubezpieczeniowej, uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży, na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **„Aneks”**- dokument zmieniający treść Umowy ubezpieczenia w przypadku:
 - a) przystąpienia przez Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia (w związku z przystąpieniem do długu z tytułu Umowy Kredytu);
 - b) Podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku podwyższenia Kwoty Kredytu;
 - c) przejścia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy Kredytu;
 - d) wstąpienia Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego; podpisywany w dniu zawarcia aneksu do Umowy Kredytu. Dla ważności Aneksu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 3) **„Bank”** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A.;
- 4) **„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;
- 5) **„Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej”** – Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu, przez który rozumie się: dzień wypłaty Kredytu bądź pierwszej transzy Kredytu, a w odniesieniu do Kredytobiorcy, który przystąpi do Umowy ubezpieczenia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia (w związku z przystąpieniem do długu wynikającego z Umowy Kredytu), dzień podpisania Aneksu;
- 6) **„Dzień zajścia Zdarzenia”** –
 - a) w przypadku Zgonu – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku Poważnego zachorowania, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w OWU,
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - c) w przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - d) w przypadku Utraty pracy – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
- 7) **„Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia”** – dzień wystawienia Polisy, z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż Dzień zawarcia Umowy Kredytu;
- 8) **„Harmonogram”** – plan spłat Kredytu przekazywany przez Kredytodawcę zgodnie z Umową Kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy Kredytu, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych aneksem do Umowy Kredytu;
- 9) **„Kredyt”** – kredyt hipoteczny w PLN, pożyczka hipoteczna w PLN lub produkty hipoteczne będące w obsłudze Banku w PLN, udzielone Kredytobiorcy przez Kredytodawcę zgodnie z regulacjami Kredytodawcy, których docelowym zabezpieczeniem jest obciążenie kredytowanej nieruchomości hipoteką;
- 10) **„Kredytobiorca”** – osoba fizyczna będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła lub wnioskuje o zawarcie z Kredytodawcą Umowy Kredytu lub przystąpiła do długu wynikającego z Umowy Kredytu; W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, postanowienia dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio w stosunku do pozostałych współkredytobiorców;
- 11) **„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;
- 12) **„Kwota Kredytu”** – wartość udzielonego Kredytu, z uwzględnieniem kredytowanych kosztów Kredytu, określona w Umowie Kredytu, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych aneksem do Umowy Kredytu;
- 13) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – zdarzenie nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia;
- 14) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 15) **„Okres ubezpieczenia”** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, trwający nieprzerwanie jeden miesiąc kalendarzowy z zastrzeżeniem, iż pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do końca miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i jest automatycznie wznawiany na kolejne miesięczne Okresy ubezpieczenia pod warunkiem:
 - a) opłacenia Składki za dotychczasowy Okres ubezpieczenia oraz
 - b) nie złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia;
- 16) **„Osoba składająca Reklamację”** – Ubezpieczający Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 17) **„Pakiet”** – jeden z dwóch pakietów, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 18) **„Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku”** – udokumentowany, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 19) **„Podwyższenie Sumy Ubezpieczenia”** – podwyższenie Sumy ubezpieczenia, wynikające ze zwiększenia Kwoty Kredytu po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia lub z przejścia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy Kredytu, potwierdzone Aneksem;
- 20) **„Polisa”** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, mający formę pisemną pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem, że Polisa jest podpisana tylko przez Agenta;
- 21) **„Poważne zachorowanie”** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) nowotwór złośliwy (rak) – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage IA) =< I mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawniokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - c) udar mózgu – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane ura-

- zem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- d) niewydolność nerek – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
- e) operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie 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;
- f) przeszczep narządu – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
– serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
– szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
- Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 22) **„Rata Kredytu”** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, którego warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu i wskazane w Harmonogramie, obejmujące kapitał Kredytu i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzetworzonej części kapitału Kredytu, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału Kredytu, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki, a w przypadku Kredytów z dopłatami do oprocentowania nie uwzględniające dopłaty do oprocentowania;
- 23) **„Reklamacja”** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 24) **„Rolnik”** – osoba fizyczna będąca właścicielem lub posiadaczem samodzielnym lub zależnym nieruchomości rolnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tj. Dz.U. 2014, poz. 121, z późn. zm.), o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przełiczeniowe;
- 25) **„Saldo zadłużenia”** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy Kredytu, obejmujące kapitał Kredytu pozostały do spłaty na dany dzień;
- 26) **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 27) **„Status bezrobotnego”** – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego:
– z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
– bez prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych - dotyczy Ubezpieczonych zatrudnionych w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągających w tym czasie wynagrodzenie poniżej minimalnego wynagrodzenia za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy;
- 28) **„Status osoby poszukującej pracy”** – Rolnik, który uzyskuje status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. 2015.149 j.t. z późn. zm.), zatrudniony w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągający wynagrodzenie za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy;
- 29) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w art. 9 OWU, określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia;
- 30) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, 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;

- 31) **„Świadczenie”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu lub Uposażonemu, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 32) **„Ubezpieczający”** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
- 33) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca inny niż Ubezpieczający, objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany w Polisie lub Aneksie;
- 34) **„Ubezpieczyciel”** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
– Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa w zakresie Zgonu, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważnego zachorowania lub
– Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 35) **„Umowa Kredytu”** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą;
- 36) **„Umowa ubezpieczenia”** – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym lub pomiędzy Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 37) **„Uposażony”** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego we Wniosku lub Aneksie albo w jego braku – podmiot wskazany w OWU, jako mający prawo do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
- 38) **„Uprawniony”** – podmiot, na rzecz którego Ubezpieczony przelał wierzycelności z Umowy ubezpieczenia wskazany we Wniosku lub Aneksie albo innym dokumencie, który w przypadku Zdarzenia innego niż Zgon Ubezpieczonego ma prawo do otrzymania Świadczenia;
- 39) **„Utrata pracy”** – zdarzenie skutkujące uzyskaniem przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 40) **„Wiek”** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 41) **„Wniosek”** – dokument potwierdzający wolę Kredytobiorcy zawarcia lub przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, wymagający formy pisemnej pod rygorem nieważności;
- 42) **„Zdarzenie”** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do Świadczenia;
- 43) **„Zgon”** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
 - Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - Pakiet 1** – Zgon oraz w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:
 - Utrata pracy – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony lub
 - Poważne zachorowanie – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega Ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy lub
 - Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zostało już wypłacone przez Ubezpieczyciela Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania, a Ubezpieczony nie podlega Ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy;
 - Pakiet 2** – Zgon.
- | Nazwa pakietu | Jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego | | | |
|---------------|---|--------------|----------------------|------------------|
| | Zgon | Utrata pracy | Poważne zachorowanie | Pobyt w Szpitalu |
| Pakiet 1 | | | | |
| Pakiet 2 | | | | |
- Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Zgonu oraz Poważnego zachorowania na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu. Ochrona z tytułu Utraty Pracy oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku obowiązuje na terenie Unii Europejskiej.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia przekroczył Wiek 18 lat i nie przekroczył 65 lat.
- Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest:
 - zawarcie przez Kredytobiorcę z Kredytodawcą Umowy Kredytu w wysokości nieprzekraczającej 2 000 000 PLN, z zastrzeżeniem, że jednocześnie saldo zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych Kredytów (łącznie z niewypłaconymi transzami), przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 2 000 000 PLN;
 - podpisanie przez Kredytobiorcę Wniosku;
 - zobowiązanie Ubezpieczającego do opłacenia Składki;
 - akceptacja Wniosku przez Ubezpieczyciela oraz wystawienie Polisy.
- Ubezpieczyciel, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, może domagać się od Kredytobiorcy dołączenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub skierować Kredytobiorcę na badania lekarskie. Koszty badań ponosi Ubezpieczyciel.
- W przypadku Kredytobiorców wnioskujących o objęcie Ochroną ubezpieczeniową, dla których łączne Saldo zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych Kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (z uwzględnieniem niewypłaconych transz) przekracza 500.000 złotych, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o dokumenty i badania wskazane przez Ubezpieczyciela:

Wysokość Salda zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych Kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela zawiera się w przedziale:	Zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela udzielonej w oparciu o:
powyżej 500.000 PLN do 700.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny
powyżej 700.000 PLN do 900.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie
powyżej 900.000 PLN do 1.200.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie + badania krwi + badanie moczu + badanie układu krążenia
powyżej 1.200.000 PLN do 1.500.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie + badania krwi + badanie moczu + badanie układu krążenia + spirometria + test HIV
powyżej 1.500.000 PLN do 2.000.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie + badania krwi + badanie moczu + badanie układu krążenia + spirometria + test HIV + Kwestionariusz Oceny Finansowej

- Indywidualna zgoda Ubezpieczyciela wymagana jest również w przypadku gdy:
 - Wysokość Salda zadłużenia nie przekracza 500.000 PLN, jednak Kredytobiorca nie może złożyć oświadczenia o treści zgodnej z pkt a) Oświadczenia o dobrym stanie zdrowia zawartego we Wniosku;
 - nie zostały spełnione warunki wskazane w ust. 1 i 2.
- Indywidualna zgoda Ubezpieczyciela ważna jest 60 dni od dnia wydania.
- W przypadkach opisanych w ust. 5 indywidualna zgoda Ubezpieczyciela udzielana jest w oparciu o dokumenty i/lub badania wskazane przez Ubezpieczyciela.
- W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy Kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy spełniający warunki określone w ust. 1 i w ust. 2 niniejszego artykułu, przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy Kredytu może być objętych nie więcej niż czterech Kredytobiorców.
- W przypadku nie rozpoczęcia się Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia w terminie 24 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia na skutek nie uruchomienia Kredytu w tym okresie, Umowa ubezpieczenia wygasa z upływem tego terminu.



Jak długo trwa Twoja ochrona?

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, a w przypadku Podwyższenia Sumy ubezpieczenia wynikającego z:
 - zwiększenia Kwoty Kredytu - odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do kwoty podwyższenia rozpoczyna się w dniu zawarcia Aneksu, nie wcześniej niż w dniu wypłaty kwoty podwyższenia,
 - przejęcia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy Kredytu - odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do kwoty podwyższenia rozpoczyna się w dniu zawarcia Aneksu.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 8.

- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - w przypadku Utраты pracy, Poważnego zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył Wiek 67 lat;
 - w dniu rozwiązania stosunku prawnego, wynikającego z Umowy Kredytu, łączącego Kredytodawcę z danym Ubezpieczonym.
- Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową ubezpieczenia wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony złożył pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel złożył oświadczenie o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazać Ubezpieczonemu informację o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej najpóźniej na 21 dni przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia;
 - z dniem określonym Harmonogramie jako dzień zapadalności ostatniej Raty Kredytu;
 - z upływem 360 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym został zawarty aneks do Umowy Kredytu w związku z przejęciem długu, przystąpieniem do długu z tytułu Umowy Kredytu lub podwyższeniem Kwoty Kredytu – jeżeli:
 - Ubezpieczony nie może złożyć Oświadczenia o dobrym stanie zdrowia zawartego w Aneksie;
 - Ubezpieczyciel nie wyraził zgody na kontynuację Ochrony ubezpieczeniowej, o ile była wymagana;
 - w przypadku nie opłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego, z ostatnim dniem miesiąca, za który przypadała nieopłacona Składka;
 - w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu, w tym również w dniu wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
- W przypadku, gdy Ubezpieczający odstąpi od Umowy Kredytu, Ubezpieczeni w ramach danej Umowy Kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.

WYPOWIEDZENIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, REZYGNACJA Z UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
- Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje z upływem okresu wypowiedzenia tj. z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. Otrzymanie przez Agenta odstąpienia od Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
- Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel lub Agent otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
- Odstąpienie, wypowiedzenie lub rezygnacja z Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wniosku i Polisie.
- Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta, o zmianie swoich danych osobowych.
- Udział w Ochronie ubezpieczeniowej Ubezpieczonego, który nie zgadza się z prawdą lub niekompletnymi, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub podpisania Aneksu (w odniesieniu do kwoty podwyższenia w przypadku Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, a także w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy przystąpili do

Umowy Ubezpieczenia (po jej zawarciu), a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

4. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.

art. 7 PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. 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.

art. 8 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wniosku i Polisie.
2. Składka opłacana jest za każdy Okres ubezpieczenia i zależy od Salda zadłużenia na dzień naliczenia Składki (dzień płatności Raty Kredytu zgodnie z Harmonogramem w danym Okresie ubezpieczenia) oraz wybranego Pakietu.

art. 9 SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu równa jest sumie:
 - Salda zadłużenia pozostałego do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia;
 - odsetek według przewidzianej Umową Kredytu stopy procentowej, liczonej od nieprzetworzonej części kapitału Kredytu (za okres od Dnia zajścia Zdarzenia do podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni);
 - odsetek karnych według przewidzianej Umową Kredytu stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału Kredytu (za okres od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni);
 - opłat i prowizji przewidzianych Umową Kredytu (naliczonych w okresie od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższym niż 120 dni);

nie więcej niż Kwota Kredytu oraz nie więcej niż 2.000.000 PLN.

2. Suma ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy równa jest wartości 18 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 108.000 PLN i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na Dzień zajścia Zdarzenia.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania równa jest wartości 9 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 54.000 PLN i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na Dzień zajścia Zdarzenia.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku równa jest wartości 18 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 108.000 PLN i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na Dzień zajścia Zdarzenia.
5. Jeżeli Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do:

- 1) liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia – jeżeli w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej liczba Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia nie uległa zmianie;
- 2) liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zajścia Zdarzenia - jeżeli w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej liczba Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia uległa zmianie ze względu na:
 - a) Zgon jednego z Ubezpieczonych,
 - b) ukończenie Wieków 67 lat przez jednego z Ubezpieczonych lub
 - c) przejęcie długu lub przystąpienie do długu z tytułu Umowy Kredytu – pod warunkiem wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na świadczenie Ochrony ubezpieczeniowej po przejęciu długu lub przystąpieniu do długu z tytułu Umowy Kredytu oraz zawarcia Aneksu do Umowy ubezpieczenia.

Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia.

2. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
3. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego lub Status osoby poszukującej pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu odpowiednio Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy.
4. Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 18 Świadczeń z tytułu Utrat pracy w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż 9 Świadczeń równych Ratom Kredytu na jedno Zdarzenie Utraty pracy i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN.
5. Jeżeli Utrata pracy wystąpi w ciągu pierwszych 60 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie, wyliczone na podstawie Raty Kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 3.000 PLN.
6. W przypadku Utraty pracy przez osoby zatrudnione na czas określony, Ubezpieczyciel będzie wypłacać Świadczenia nie dłużej niż do dnia, w którym wygaśnie umowa o pracę lub stosunek służbowy zawarte na czas określony, gdyby Utrata pracy nie nastąpiła.
7. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 9 kolejnych Rat Kredytu przypadających do zapłaty po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 6.000 PLN na jedną Ratę Kredytu.
8. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie wyliczone na podstawie Raty Kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 3.000 PLN.
9. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze świadczenie w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
10. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 9 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 w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
11. Z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 9 Świadczeń równych Ratom Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jednak nie więcej niż 18 Świadczeń w ciągu całego nieprzerwanego okresu świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6 000 PLN.
12. Kwota Świadczenia ubezpieczeniowego wyliczana jest w oparciu o Harmonogram spłat obowiązujący w dniu naliczenia Składki za Okres ubezpieczenia, w którym zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania, Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy Kredytu, zgodnie z art. 9 ust. 5.
13. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu Zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do otrzymania Świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci - jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) inni spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

SPOSÓB ZGŁASZANIA 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 np.: na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9.

art. 10

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 Kredytodawcy 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 język polski, poświadczone przez 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 oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą 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 oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
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 innego ryzyka niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> - 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; - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania; - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia; - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
Utrata pracy	<ul style="list-style-type: none"> - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy; - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę); - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu osoby poszukującej pracy (w odniesieniu do Rolników) lub Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych (jeżeli przysługuje); - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy w ostatnim dniu danego okresu.
Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego); - 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); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna). <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia miesięcznego:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia

art. 12 **WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

Zdarzenie	Wyłączenia
	Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
Zgon	<ol style="list-style-type: none"> a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej lub Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, w odniesienia do kwoty podwyższenia; b) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;

Zgon	<ul style="list-style-type: none"> c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; d) pozostawianiem 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) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; c) pozostawianiem 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) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Utrata pracy	<ul style="list-style-type: none"> a) rozwiązaniem przez Ubezpieczonego stosunku służbowego lub 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) rozwiązaniem stosunku służbowego lub umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie nastąpiło z przyczyn nie dotyczących 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) rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawnionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby; d) rozwiązaniem umowy o pracę lub stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte; e) rozwiązaniem stosunku służbowego lub umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub przed Dniem rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego z tytułu Utraty pracy.
Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa; c) udziałem w zawodach oraz wycieczkach i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki; d) pozostawianiem 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) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności; f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

art. 13

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia 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.). Świadczenia 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.).

5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji 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. Powództwa o roszczenia wynikające z Umowy 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).
4. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2013 poz. 392 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

SYSTEM MONETARNY

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.

art. 14

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub 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 udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.

art. 15

art. 16

1. Zgodnie z treścią Art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Kredytobiorców o indeksie BGZBNPP/CASHCPI_3_1.4/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 26 marca 2018 roku, wchodzi w życie z dniem 3 kwietnia 2018 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Pierre-Alexis Brabis




Członek Zarządu


Grzegorz Jurczyk-



Prezes Zarządu
i
Reprezentant zagranicznego
przedsiębiorcy w oddziale

 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

 Telefon: +48 22 529 17 99 Fax: +48 22 529 01 01

 Aby zgłosić roszczenie online wejdź na stronę: roszczenia.cardif.pl
lub napisz na adres: roszczenia@cardif.pl
Aby złożyć reklamację napisz na adres: reklamacje@cardif.pl

 Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: www.cardif.pl



Kontakt z nami