

## SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW o indeksie BNPP/CASHCPI\_5\_1.1/2015

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 2 ust. 2
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 13 ust. 1 a i b, ust. 2 a
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 13
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	art. 9
5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	nie dotyczy



Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców oznaczone indeksem BNPP/CASHCPI\_5\_1.1/2015 stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia, tj.: Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym.

art. 1

## DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie BNPP/CASHCPI\_5\_1.1/2015 (dalej „SWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – przedsiębiorca, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
  - 2) **Deklaracja zgody** - wyrażone w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, oświadczenie woli osoby wskazanej przez Kredytobiorcę, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia;
  - 3) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego wypełnionej i podpisanej Deklaracji zgody;
  - 4) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** - dzień uruchomienia Kredytu;
  - 5) **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 niniejszych SWU;
      - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
      - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
  - 6) **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;
  - 7) **Kredyt** – zobowiązanie finansowe Kredytobiorcy w ramach kredytu udzielonego w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
  - 8) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
  - 9) **Kredytodawca („Bank”)** – 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;
  - 10) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
  - 11) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
  - 12) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
  - 13) **Pakiet** – jeden z pakietów, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
  - 14) **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 badaniami histopatologicznymi 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 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) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
  - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawniakomórkowy 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** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy 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, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia 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 urazem. 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 wszczepienie 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 lub 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 lub 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;
- 15) **Prolongata kredytu** – oznacza przedłużenie okresu spłacania Kredytu (zgodnie z warunkami udzielania kredytu ustalonymi przez Kredytodawcę);
  - 16) **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;
  - 17) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia zdarzenia;
  - 18) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
  - 19) **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;
  - 20) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony



ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;

- 21) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego lub kwota wypłacana Uprawnionemu z tytułu Poważnego zachorowania (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 22) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 23) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, będący osobą fizyczną prowadzącą własną działalność gospodarczą lub rolniczą, lub osoba wskazana przez Kredytobiorcę będącego spółką cywilną, jawną lub partnerską, będąca jej współnikiem przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia; objęta Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, która wyraziła pisemną zgodę w formie Deklaracji zgody;
- 24) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa;
- 25) **Umowa kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 26) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych SWU;
- 27) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 28) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego w Deklaracji zgody, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
- 29) **Wakacje kredytowe** – oznaczają możliwość zawieszenia spłacania danej Raty kredytu lub kilku Rat kredytu, w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku.
- 30) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia;
- 31) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 32) **Zgon** – zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

## CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

art. 4

1. Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie przez cały okres kredytowania, czyli do dnia, w którym zgodnie z Harmonogramem spłat powinna nastąpić całkowita spłata Kredytu, jednak nie dłużej niż 120 miesięcy.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego:
  - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
  - b) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
  - c) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania w wysokości Sumy ubezpieczenia;
  - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
  - e) w dniu całkowitej spłaty Kredytu;
  - f) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami Art. 5 Kredytu;w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
4. W przypadku Prolongaty lub Wakacji kredytowych odpowiedzialność Ubezpieczyciela trwa do ostatniego dnia okresu kredytowania, z uwzględnieniem wyłączenia Umowy kredytu na skutek Prolongaty lub Wakacji kredytowych.
5. W przypadku, gdy Kredytobiorca złożył rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
6. W przypadku, gdy Kredytobiorca będący jednocześnie Ubezpieczonym odstąpi od Umowy kredytu, wówczas będzie traktowany jako osoba nieubezpieczona.
7. W przypadku, gdy w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej stosunek prawny łączący formalnie Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych w ramach danej Umowy kredytu, ulegnie rozwiązaniu lub gdy wystąpi inna przesłanka powodująca wykluczenie danej osoby z grona osób objętych Ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczenie w stosunku do pozostałych osób wygasa.

art. 2

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, w zależności od Pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
  - a) **Pakiet A** obejmuje: **Zgon**,
  - b) **Pakiet B** obejmuje: **Zgon** oraz **Poważne zachorowanie**.
3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

art. 3

## WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić każda osoba wskazana przez Kredytodawcę, z zastrzeżeniem, że dla Kredytobiorcy będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub rolniczą będzie to ta osoba, a dla Kredytobiorcy będącego spółką cywilną, jawną i partnerską, współnik tej spółki cywilnej, spółki jawnej, spółki partnerskiej, będący jej współnikiem która najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy kredytu, Wiek 75 lat.
2. Warunkiem objęcia Ochroną ubezpieczeniową jest, aby:
  - a) osoba wskazana w ust. 1 niniejszego Artykułu podpisała Deklarację zgody;
  - b) natomiast Kredytodawca zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu, w ramach której udzielona kwota Kredytu nie przekracza kwoty 500.000,00 PLN, z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych kredytów i pożyczek w Banku, przy zawieraniu których osoba wskazana w ust. 1 została objęta ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 500.000,00 PLN.
3. W przypadku Ubezpieczonych, wskazanych w ust. 1, którzy nie przekroczyli 65 roku życia oraz którym udzielono Kredytu w kwocie z przedziału 250.000,01 zł - 500.000,00 zł dodatkowym warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest podpisanie Deklaracji o stanie zdrowia.
4. W przypadku Ubezpieczonych, wskazanych w ust. 1, którzy przekroczyli 65 rok życia oraz którym udzielono Kredytu w kwocie z przedziału 250.000,01 zł - 500.000,00 zł dodatkowym warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest wydanie indywidualnej zgody przez Ubezpieczyciela w oparciu o wypełniony Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny.
5. W przypadku, gdy do ubezpieczenia w ramach jednej Umowy Kredytu przystępuje więcej niż jedna osoba, o której mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie te osoby, chyba, że któraś z nich nie spełnia warunków określonych w ust. 1 lub w ust. 2-4 niniejszego Artykułu.

## REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

art. 5

1. Ubezpieczony albo Kredytobiorca w przypadku, gdy Ubezpieczony przeniósł na Kredytobiorcę prawo do złożenia rezygnacji może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Agent otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

## OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

art. 6

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, informacji o warunkach zawartej Umowy Ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego oraz wydania Ubezpieczonemu niniejszych SWU i Karty Produktu.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczycielowi wszelkich skarg i zażaleń dotyczących Ubezpieczyciela, a zgłoszonych przez Ubezpieczonych lub osoby zgłaszające roszczenie.

## PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

art. 7

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych SWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z ich przystąpieniem do ubezpieczenia, 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 zostali zgłoszeni lub wnioskowali o objęcie Ochroną ubezpieczeniową.



**OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO**

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej na udostępnionym przez Ubezpieczającego formularzu.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony albo Uposażony lub Uprawniony powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela 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 powołać się na ten zarzut jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wydłużenie Świadczenia.

**SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA**

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest trwaniem jednorazowo, za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu.
3. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia złożonej przez Kredytobiorcę albo Ubezpiezonego jeśli prawo do złożenia rezygnacji nie zostało przez Ubezpiezonego na Kredytobiorcę przeniesione, albo wcześniejszego wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Kredytobiorcy przysługuje zwrot składki za niewykorzystany Okres ubezpieczenia proporcjonalnie do liczby dni, w których Ubezpieczyciel nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

**SUMY UBEZPIECZENIA**

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** lub **Poważnego zachorowania** jest równa Saldu zadłużenia, przy czym nie więcej niż 500.000,00 PLN, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej osób niż jedna, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby tych osób objętych Ochroną ubezpieczeniową.

**WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ**

1. W przypadku **Zgonu** lub **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku, gdy **Poważne zachorowanie** nastąpi w okresie pierwszych 90 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia, o której mowa w art. 10, jednak nie więcej niż 50 PLN.
3. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
  - a) Ubezpieczony,
  - b) współmałżonek Ubezpiezonego – jeśli brak Ubezpiezonego,
  - c) w równych częściach dzieci Ubezpiezonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpiezonego,
  - d) w równych częściach rodzice Ubezpiezonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpiezonego,
  - e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpiezonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpiezonego,
  - f) spadkobiercy Ubezpiezonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

**SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ**

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić zajście bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wymagane 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 język polski, poświadczane przez uprawnio-

ny 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 Ubezpiezonego, 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. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy Ubezpieczenia.
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. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego, 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, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
7. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpiezonego, 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.
8. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpiezonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu, natomiast, w przypadku wypłaty świadczenia Uprawnionemu, na rachunek bankowy Uprawnionego w razie zajścia zdarzenia Poważnego zachorowania.
10. 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. 11 niniejszego artykułu:
  - a) w przypadku **Zgonu**:
    - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia
    - odpis aktu zgonu Ubezpiezonego;
    - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
    - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę);
    - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpiezonego;
    - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
  - b) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
    - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia,
    - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiecie operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań,
    - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

**WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpiezonego został spowodowany lub zaszedł wskutek:



- a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia;
  - b) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
  - c) 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,
  - d) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
  - e) 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,
  - f) 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 **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia,
  - b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego 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) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Prawo do otrzymania Świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego (raka), nie przysługuje w przypadku, jeśli:
- a) przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
  - b) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
  - c) rozpoznanie Nowotworu złośliwego (raka) było poprzedzone objawami chorobowymi, które wystąpiły po raz pierwszy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia.

- nych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. 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.
9. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
10. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę, zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
11. 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.
12. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl) oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

## SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne wynikające z Umów 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](http://www.rf.gov.pl)).

## 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.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BNPP/CARCPI\_5\_1.1/2015 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku z późniejszymi zmianami.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl) oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

## art. 14 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe 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.).
3. W przypadku osób prawnych świadczenia ubezpieczeniowe 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.).

## art. 15 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](http://www.cardif.pl), e-mailem pod adresem: [reklamacje@cardif.pl](mailto:reklamacje@cardif.pl) lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej [www.cardif.pl](http://www.cardif.pl).
2. Ubezpieczyciel udziela 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 wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożo-

