

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SPŁATY ZADŁUŻENIA DO KREDYTU RATALNEGO o indeksie SYGMA/CONSUMER/CPI_3_1.2/2015

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, 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. 4 ust. 2, art. 13 ust. 1 pkt 1 i 2, ust. 4 pkt 1, ust. 6 pkt 1, ust. 10 pkt 1
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



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Spłaty Zadłużenia Do Kredytu Ratalnego o indeksie SYGMA/CONSUMER/CPI_3_1.2/2015, stosuje się do:

1. Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym oraz
2. Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia”.

art. 1 DEFINICJE

W niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Spłaty Zadłużenia do Kredytu Ratalnego o indeksie SYGMA/CONSUMER/CPI_3_1.2/2015 (dalej zwane: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

1. **Agent** - Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01-211), ul. Kasprzaka 10/16, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
2. **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;
3. **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;
4. **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – Dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień podpisania Umowy kredytu;
5. **Dzień zajścia Zdarzenia:**
 - 1) w przypadku **Zgonu** oraz **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - 2) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - 3) w przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień wystąpienia Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu OWU, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - 4) 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;
 - 5) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem rozwiązania przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat), z zachowaniem ustawowych lub umownych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - 6) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** oraz **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 7) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - a. 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 OWU;
 - b. dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - c. dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
6. **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopisy przez Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień podpisania Umowy kredytu;
7. **Harmonogram spłat** – przewidziane Umową kredytu w dniu jej zawarcia terminy spłat i wysokości Rat kredytu;
8. **Kredyt** – kredyt ratalny udzielany Kredytobiorcy przez Kredytodawcę na podstawie Umowy kredytu;
9. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, która zawarła z Kredytodawcą Umowę

kredytu;

10. **Kredytodawca (Bank)** – Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01-211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
12. **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
13. **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela; rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do końca trwania Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat, jednak nie dłużej niż 60 miesięcy;
14. **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - 1) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres równy lub dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 2) 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, lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
15. **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
16. **Ośrodek** – placówki, zakłady, centra, oddziały, pododdziały, kliniki oraz wszelkie inne podmioty, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezależnie od stosowanego nazewnictwa oraz przynależności administracyjnej lub organizacyjnej;
17. **Pakiet** – jeden z wariantów określających zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
18. **Pobyt w Szpitalu** - potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych 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;
19. **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
20. **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - 1) **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 powstanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a. rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopnia CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - b. wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - c. czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - d. nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnowokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - e. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - f. wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - g. choroba Hodgkina w pierwszym stadium;



- h. przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
- 2) **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);
 - 3) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwałe 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 niedokrwienno 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;
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - 5) **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 wszczępienie 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;
 - 6) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a. serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - b. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po poprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
 Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być potwierdzone dokumentacją medyczną i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
21. **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Harmonogramie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału oraz inne koszty doliczane do raty i wskazane w Umowie kredytu;
 22. **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące w szczególności kapitał oraz odsetki umowne, a także zawierające kwotę kredytowanej Składki, a w przypadku Wcześniejszej spłaty Kredytu – saldu zadłużenia, które przypadłoby na Dzień zajścia Zdarzenia zgodnie z Harmonogramem spłat;
 23. **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;
 24. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
 25. **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 26. **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 27. **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad choro-
28. **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU, w przypadku zajścia Zdarzenia;
 29. **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;
 30. **Trwale i częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - 1) wzroku w obu oczach, lub
 - 2) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
 31. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
 32. **Ubezpieczony** – Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, który został wskazany we Wnioskopolisie;
 33. **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
 - 1) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu i Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub
 - 2) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Utraty pracy;
 34. **Umowa kredytu** – umowa kredytu ratalnego albo - w zakresie dotyczącym kredytu ratalnego - umowa kredytu ratalnego i umowa o kartę kredytową, zawarta pomiędzy Kredytodawcą, a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
 35. **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, na podstawie niniejszych OWU;
 36. **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczającego albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu: Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 37. **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczającego albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych, niż: Zgon, Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 38. **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem rozwiązania przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę (lub zleceniodawcę w odniesieniu do kontraktu menedżerskiego) z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 39. **Wcześniejsza spłata Kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed terminem określonym w Harmonogramie spłat;
 40. **Wiek** – liczba ukończonych lat życia;
 41. **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
 42. **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskania o wypłatę Świadczenia;
 43. **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
 44. **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo-skutkowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, w zależności od wybranego Pakietu, obejmuje na-



stępujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) **Pakiet A:**
 - a. **Zgon;**
 - b. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy;**
 - c. **Poważne zachorowanie;**
- 2) **Pakiet B:**
 - a. **Zgon;**
 - b. **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;**
 - c. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy;**
 - d. **Poważne zachorowanie;**
 - e. **Pobyty w Szpitalu;**
- 3) **Pakiet C:**
 - a. **Zgon;**
 - b. **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;**
 - c. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy;**
 - d. **Poważne zachorowanie;**
 - e. **Pobyty w Szpitalu;**
 - f. **Trwale i częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku;**
 - g. jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:
 - a) **Czasowa niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność rolniczą albo gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony z terminem rozwiązania przypadającym przed datą zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat, albo
 - b) **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony z terminem rozwiązania przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat, albo
 - c) **Pobyty w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
3. Ryzyka Utraty Pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy obejmują tylko tego Ubezpieczonego, który nie pobiera emerytury, renty, lub nie przekroczył Wiek 67 lat.
4. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

art. 3

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć Kredytobiorca, który ukończył w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia 18 rok życia i którego Wiek łączny z Okresem ubezpieczenia nie przekroczy 75 lat.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - 1) podpisał Wnioskopolisę;
 - 2) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu, w ramach której udzielona kwota Kredytu nie przekracza kwoty 50.000 PLN, z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych kredytów w Banku, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400.000 PLN;
 - 3) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki.

art. 4

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie do dnia wskazanego w Harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust 4 niniejszego Artykułu.
2. Dla ryzyk Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy, Poważnego zachorowania, Pobytu w Szpitalu (jeżeli nastąpił skutek Choroby), Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się trzydziestego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w Okresie ubezpieczenia za jaki została opłacona Składka zgodnie z postanowieniami Art. 9 OWU.
4. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do Ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia (nie dłużej niż 60 miesięcy);
 - 2) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;

- 4) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - 5) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania;
 - 6) w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - 7) w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat;
 - 8) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami Art. 5 ust. 2 OWU;
 - 9) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - 10) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
 - 11) w dniu rozwiązania Umowy kredytu;
 - 12) w dniu wskazanym w Umowie kredytu jako data zakończenia jej obowiązywania, z zastrzeżeniem, że w przypadku Wcześniejszej spłaty Kredytu, Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej do ostatniego dnia wskazanego w Harmonogramie spłat jako dzień spłaty ostatniej Raty Kredytu, o ile Ubezpieczony nie wypowiedział Umowy ubezpieczeniowej;
- w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.
5. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu.

WYPOWIEDZENIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

art. 5

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia Agentowi jest równoznaczne z otrzymaniem tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
3. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1, w takim przypadku Ubezpieczający jest traktowany jako osoba nieubezpieczona i przysługuje mu zwrot zapłaconej składki w pełnej wysokości.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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

art. 6

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

art. 7

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badań lekarskich 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 osobowych 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 które wnioskowały o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

art. 8

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), udostępnionym mu przez Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia może stanowić 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.

art. 9

SKŁADKA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz Pakietu (zakresu ubezpieczenia).
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 10

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i częściowej niezdolności do pracy, Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Poważnego zachorowania** jest równa Saldu zadłużenia, przy czym nie wyższa niż 50.000 PLN.
2. Łączna Suma ubezpieczenia z tytułu **Utraty pracy, Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** wynosi 24.000 PLN na cały Okres ubezpieczenia.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu** wynosi 24.000 PLN na cały Okres ubezpieczenia.

art. 11

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Art. 10 ust. 1 OWU, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 OWU dotyczącego Poważnego zachorowania.
2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenia po 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy, w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 OWU.
3. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 2 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal jest czasowo niezdolnym do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy.
4. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, 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 niniejszego Artykułu) po każdych 30 kolejnych dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 3 niniejszego Artykułu.
5. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 4 niniejszego Artykułu.
6. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń - Czasowych niezdolności do pracy w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000 PLN.
7. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 OWU.
8. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 7 niniejszego Artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.

9. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń -przypadków Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000 PLN.
10. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
11. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 10 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
12. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń - Pobytów w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000 PLN.
13. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 OWU.
14. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu, o którym mowa w ust. 13 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
15. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń - Pobytów w Szpitalu w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000 PLN.
16. W przypadku, gdy należne Świadczenie, przewyższa kwotę Salda zadłużenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) Ubezpieczonemu;
 - 2) współmałżonkowi Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego;
 - 3) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka i dzieci;
 - 5) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka, dzieci i rodziców;
 - 6) spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

art. 12

1. W przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi, lub za pośrednictwem Agenta, zajście Zdarzenia w formie pisemnej na adres Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub elektronicznej na adres e-mail: roszczenia@cardif.pl na 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 Agenta 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 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. Jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4



- niniejszego Artykułu.
6. Jeżeli w terminie wskazanym w ust. 4 lub 5 niniejszego Artykułu Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaci bezsporną część Świadczenia.
 7. 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 lub 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 Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
 9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przekazem pocztowym lub przelewem na rachunek bankowy:
 - 1) Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka – Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu lub
 - 3) innemu uprawnionemu zgodnie z OWU.
 10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia, przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego Artykułu:
 - 1) w przypadku **Zgonu**:
 - a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - b. dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - c. dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Zdarzenia);
 - d. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - e. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 2) w przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - b. dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - c. 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);
 - d. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - e. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 3) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - a. odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych OWU;
 - b. 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));
 - c. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 4) w przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. dokumentacja potwierdzająca trwale uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - a) wzroku w obu oczach, lub
 - b) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
 - b. dokument określający przyczynę inwalidztwa Ubezpieczonego (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));
 - c. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 5) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - a. dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania;
 - b. jeżeli do Zdarzenia doszło wskutek Nieszczęśliwego wypadku - 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);
 - c. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia, np. (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 6) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - a. zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - b. dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - c. zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - d. 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));
 - e. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - f. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 7) w przypadku **Utraty pracy**:
 - a. świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
 - b. zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - c. zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;
 - 8) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b. 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) – jeżeli Pobyt w Szpitalu nastąpił wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - c. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 9) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b. 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);
 - c. zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 11. 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, Pobytu w Szpitalu lub



Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:

- 1) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - a. zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - b. dokument potwierdzający prawo do zasiłku chorobowego na ostatni dzień każdego 30-dniowego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy, za który świadczenie jest należne;
 - c. 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;
- 2) w przypadku **Utraty pracy**:
 - a. kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
- 3) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
- 4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

art. 13 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) 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;
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 5) 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;
 - 6) 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 **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) 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;
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 4) 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.
 3. W przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) próby samobójstwa;
 - 2) 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;
 - 3) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy
 - 4) wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 5) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 6) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - 7) zdarzeń powstałych podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym);
 - 8) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 9) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
4. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** oraz **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) 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;
 - 3) próby samobójstwa;
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 6) 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;
 - 7) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego, 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;
 - 2) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego 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;
 - 3) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego 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;
 - 4) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego z upływem okresu, na jakie były zawarte;
 - 5) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) 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;
 - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) próby samobójstwa;



- 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 6) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 7) 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.
7. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten:
- 1) miał miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
 - 2) związany był ze sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności;
 - 3) związany był z poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
8. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- 1) 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;
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) 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;
 - 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
9. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten miał miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
10. W przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) 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;
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
11. Prawo do otrzymania świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego **Poważnego zachorowania** w postaci **Nowotworu złośliwego (raka)** nie przysługuje w przypadku, jeśli:
- 1) przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - 2) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak).

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia 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.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.

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 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 w 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. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela, zgodnie z Art. 18 OWU.
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.
2. Sprawy sporne, 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).

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.



1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Spłaty Zadłużenia Do Kredytu Ratalnego o indeksie SYGMA/CONSUMER/CPI_3_1.2/2015 zatwierdzone przez odpowiednio:
Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S. A. uchwałą z dnia 16 października 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 18 października 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 roku z późniejszymi zmianami,
Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 16 października 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 18 października 2015 roku, zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 15 grudnia 2015 roku z późniejszymi zmianami.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

