

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE NESTBANK/ CASHCPI_5_2.1/2018

Drogi Kliencie,

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

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

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

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
a) Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	ART. 2
b) Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 13
c) Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania.	ART. 9

Szczegółne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców oznaczone indeksem NESTBANK/CASHCPI_5_2.1/2018 (dalej: SWU) stanowią integralną część Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”.

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie NESTBANK/CASHCPI_5_2.1/2018 oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent ubezpieczeniowy (Bank)** – Nest Bank SA z siedzibą w Warszawie (02-675), ul. Wołoska 24, będący agentem ubezpieczeniowym, wykonujący czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany pod numerem 11218735/A 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) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, w formie pisemnej pod rygorem nieważności;
- 5) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego podpisanej Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, z tym, że nie wcześniej niż Dzień przystąpienia do ubezpieczenia;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień Zgonu wskazany w akcie zgonu;
 - b) 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;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - d) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - e) 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 albo, gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 8) **Harmonogram spłat** – plan spłat wskazany przez Kredytodawcę w Umowie Kredytu w dniu jej zawarcia, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy Kredytu,
- 9) **Kontynuacja Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu** – Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu do końca trwania Okresu ubezpieczenia, świadczona w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu;
- 10) **Kredyt** – kredyt gotówkowy udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 11) **Kredytobiorca** – osoba będąca stroną Umowy kredytu, prowadząca jednoosobowo działalność gospodarczą, rolniczą lub Spółka;
- 12) **Kredytodawca (Bank)** – Nest Bank, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 24, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 13) **Miesiąć rozliczeniowy (Miesiąć)** – okres nie dłuższy niż 31 dni kalendarzowych, odpowiadający okresowi przyjętemu w Umowie Kredytu dla rozliczeń związanych ze spłatą Rat Kredytu w ramach Umowy Kredytu, z zastrzeżeniem, że pierwszy Miesiąć rozliczeniowy wynosi do 37 dni, w zależności od terminu zapadalności Raty Kredytu;
- 14) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 15) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie SWU

- 16) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, wskazany w Deklaracji ubezpieczeniowej, nie dłuższy niż 144 Miesiące, równy w zależności od Wariantu ubezpieczenia:
 - okresowi, na jaki została zawarta Umowa Kredytu – dotyczy Wariantu Pełnego 1 oraz Wariantu Pełnego 2,
 - 60 Miesiące – dotyczy Wariantu Skróconego.
- 17) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego);
- 18) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 19) **Pakiet** – zestaw ryzyk określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 20) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych w następstwie 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;
- 21) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - c) **udar mózgu** – nagle w efekcie, trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający

trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane 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 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;
- 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;
- 22) **Rata Kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za Miesiąc rozliczeniowy trwania Umowy Kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Harmonogramie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału, a w przypadku Kontynuacji Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu – kwota jaka byłaby należna Kredytodawcy w oparciu o Harmonogram spłat, gdyby Kredyt nie został spłacony przed upływem Okresu Ubezpieczenia;
- 23) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 24) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy Kredytu, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia, określane w oparciu o Harmonogram spłat, a w przypadku Kontynuacji Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu – kwota jaka byłaby należna Kredytodawcy w oparciu o Harmonogram spłat, gdyby Kredyt nie został spłacony przed upływem Okresu Ubezpieczenia;
- 25) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 26) **Spółka** – spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna lub spółka z ograniczoną odpowiedzialnością będąca stroną Umowy kredytu;
- 27) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 28) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 29) **Świadczenie miesięczne** – Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu, w przypadku Czasowej niezdolności do pracy lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;

- 30) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 31) **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 SWU;
- 32) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 33) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca będący osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub rolniczą, lub osoba fizyczna wskazana przez Kredytobiorcę będącego Spółką, pod warunkiem pozostawania wspólnikiem, członkiem zarządu lub osobą zajmującą kluczowe stanowisko w Spółce (dyrektor finansowy lub główny księgowy) przez okres co najmniej 3 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia;
- 34) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU, tj. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78;
- 35) **Umowa Kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 36) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Grupowego na Życie zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
- 37) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w niniejszych SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu;
- 38) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w niniejszych SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zdarzeń innych niż Zgon;
- 39) **Wariant ubezpieczenia** (Wariant Pełny 1 lub Wariant Pełny 2 lub Wariant Skrócony) – jeden z trzech wariantów trwania Okresu ubezpieczenia, uzależniony od okresu, na jaki została zawarta Umowa Kredytu:

	Okres ubezpieczenia równy:	Dotyczy Kredytów udzielonych na okres:
Wariant Pełny 1	okresowi, na jaki została zawarta Umowa Kredytu	do 60 Miesięcy
Wariant Pełny 2	okresowi, na jaki została zawarta Umowa Kredytu	od 61 do 144 Miesięcy
Wariant Skrócony	60 Miesięcy	od 61 do 144 Miesięcy

- 40) **Wcześniejsza całkowita spłata Kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy Kredytu przed końcem Okresu ubezpieczenia;
- 41) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 42) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego;
- 43) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres Ochrony ubezpieczeniowej zależy od wybranego przez Ubezpieczonego Pakietu ubezpieczenia wskazanego w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej (Pakiet zawiera ryzyka, które w poniższej tabeli są oznaczone ciemniejszym kolorem):

Nazwa pakietu	Zgon	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Poważne zachorowanie	Czasowa niezdolność do pracy
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo					
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Standard					
Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Max					

art. 3 WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

- Do ubezpieczenia może przystąpić osoba fizyczna, o której mowa w Art. 1 pkt 32) pod warunkiem, że:
 - reprezentuje Kredytobiorcę, który zawarł z Kredytodawcą Umowę Kredytu w wysokości nieprzekraczającej:
 - 550 000 PLN – w przypadku Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza 65 lat;
 - 420 000 PLN – w przypadku Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia przekracza 65 lat;
 z zastrzeżeniem, że suma zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych kredytów gotówkowych, przy zawieraniu których Ubezpieczony został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć wskazanych powyżej kwot.
 - wyraziła zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową poprzez podpisanie Deklaracji ubezpieczeniowej;
 - najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i jej Wiek łącznie z Okresem ubezpieczenia nie przekroczy 75 lat;
 - spełniła wymogi dotyczące stanu zdrowia określone w Deklaracji ubezpieczeniowej.
- Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy Kredytu mogą być objęte nie więcej niż cztery osoby.



**Jak długo trwa
Twoja ochrona?**



Karencja!

art. 4 CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz Poważnego zachorowania;
 - sześćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy;
- 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 Artykułu 9.
- Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową Kredytu wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy – w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - w ostatnim dniu Miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - w ostatnim dniu Miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy;
 w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
- Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową Kredytu wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej przez któregośkolwiek z Ubezpieczonych – z dniem, w którym Ubezpieczony skutecznie złożył Ubezpieczycielowi lub Agentowi ubezpieczeniowemu

- oświadczenie o rezygnacji;
 - z upływem Okresu ubezpieczenia;
 - z dniem określonym w Umowie Kredytu jako dzień zapadalności ostatniej Raty Kredytu;
 - z upływem 144 Miesiący od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - w przypadku nie opłacenia w terminie Składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego, za który przypadła nieopłacona Składka;
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
- W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca Okresu ubezpieczenia.
 - W przypadku skutecznego odstąpienia od Umowy Kredytu, wszystkie osoby objęte Ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy Kredytu będą traktowane jako osoby nieubezpieczone. W takim przypadku Składka z tytułu Umowy ubezpieczenia zostanie zwrócona w całości.

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie jej trwania, składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta. Otrzymanie przez Agenta ubezpieczeniowego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
- Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

- Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU oraz Kartę produktu.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonym Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

- Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej na udostępnionym przez Ubezpieczającego formularzu.
- Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, o zmianie swoich danych osobowych.
- Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe 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 ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
- Składka opłacana jest jednorazowo i naliczana jest od wysokości początkowej kwoty Kredytu oraz Okresu ubezpieczenia w Miesiącach.
- W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego część Składki odpowiadającą niewykorzystanemu Okresowi ubezpieczenia, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z = S - \left(S \times \frac{k}{n} \right)^*$$

* zaokrąglone do 2 miejsc po przecinku
gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – kwota pierwotnie zapłaconej Składki

n – Okres ubezpieczenia w dniach

k – liczba faktycznie wykorzystanych dni Okresu ubezpieczenia.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

art. 10 SUMY UBEZPIECZENIA

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** równa jest, w zależności od Wariantu ubezpieczenia:
 - Wariant Pełny 1 – 120% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej niż 660.000 PLN w ramach jednej Umowy Kredytu, w odniesieniu do Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza 65 lat oraz nie więcej niż 500.000 PLN w odniesieniu do Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia przekracza 65 lat.
 - Wariant Pełny 2 oraz Wariant Skrócony – 100% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej niż 550.000 PLN, w ramach jednej Umowy Kredytu, w odniesieniu do Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza 65 lat oraz nie więcej niż 420.000 PLN w odniesieniu do Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia przekracza 65 lat.
- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** równa jest Saldu zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej niż 550.000 PLN w ramach jednej Umowy Kredytu w odniesieniu do Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza 65 lat oraz nie więcej niż 420.000 PLN w odniesieniu do Ubezpieczonych, których Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia przekracza 65 lat.
- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Poważnego zachorowania** równa jest, w zależności od Pakietu:
 - Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Standard – 20% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej niż 110.000 PLN w ramach jednej Umowy Kredytu,
 - Pakiet BIZNEST Bezpieczeństwo Max – Saldo zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej niż 550.000 PLN w ramach jednej Umowy Kredytu.
- Suma ubezpieczenia na wypadek **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** równa jest wartości 12 Świadczeń miesięcznych, jednak nie więcej niż 6.000 PLN na jedno Świadczenie miesięczne, nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.
- Suma ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy** równa jest wartości 12 Świadczeń miesięcznych, jednak nie więcej niż 6.000 PLN na jedno Świadczenie miesięczne, nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.
- W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Kredytu objętych zostało więcej osób niż jedna, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia. W odniesieniu do Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku podział Sumy ubezpieczenia dotyczy wysokości Świadczeń miesięcznych (nie dotyczy liczby Świadczeń miesięcznych).

po wypłacie Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Zgonu lub Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy zostanie pomniejszone o 20%.

- W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne po 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy, w wysokości 180% Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
- W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 4 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal jest Czasowo niezdolny do pracy Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenie miesięczne każdorazowo w wysokości 180% Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego Czasowo niezdolnym do pracy.
- 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 ubezpieczeniowego, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń miesięcznych po każdym 30 kolejnych dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 5 niniejszego Artykułu.
- 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 ubezpieczeniowe, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia miesięcznego po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń miesięcznych na zasadach wskazanych w ust. 5 niniejszego Artykułu.
- Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych równych 180% Raty Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Czasowej niezdolności do pracy i nie więcej niż 12 Świadczeń miesięcznych w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6 000 PLN, zastrzeżeniem Art. 10 ust. 6.
- W przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne w wysokości:
 - 100% Raty Kredytu – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard,
 - 180% Raty Kredytu – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Max,
 przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
- W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 9 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne każdorazowo w wysokości:
 - 100% Raty Kredytu – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard,
 - 180% Raty Kredytu – w przypadku Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Max,
 przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
- Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń miesięcznych na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku i nie więcej niż 12 Świadczeń miesięcznych w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6 000 PLN.
- W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia z tytułu Umowy Kredytu wyliczonego przez Bank na Dzień zajścia Zdarzenia oraz w przypadku wypłaty Świadczenia w związku ze Zdarzeniem jakie zaszło w okresie Kontynuacji Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - Ubezpieczony,
 - współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

art. 11 WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

- W przypadku **Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia.
- W przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
- W odniesieniu do Pakietu BIZNEST Bezpieczeństwo Standard, w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu lub Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy

SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej, np. na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 10 niniejszego Artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez 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 tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, 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 ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, 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 ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego Artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego, 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 Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
7. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego Artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunki bankowe Uposażonych w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> – odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; – dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp); – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> – odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU; – dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku)); – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania; – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
Czasowa niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> – zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy; – dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS lub KRUS; – 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); – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna). <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy; – dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS; – dokumentacja medyczna potwierdzająca 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.

Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego); – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
	<p>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia miesięcznego:</p> <ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia

Zdarzenie	Wyłączenia
	Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, b) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz Czasowa niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, b) próbą samobójstwa, c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, d) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności, e) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym, w odniesieniu do Czasowej niezdolności do pracy, f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, b) usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa, c) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> a) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, b) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, c) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

1. Wszelkie podatki związane z Umową Ubezpieczenia powinny być uiszczane zgodnie z prawem podatkowym obowiązującym w chwili powstania obowiązku podatkowego. W dacie wejścia w życie niniejszych SWU są to przepisy dotyczące podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych, tj. Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2012 r., poz. 361 j.t. z późn. zm.) i Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 j.t. z późn. zm.).

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 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 Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz w miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu po-przednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.

3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego Artykułu, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Reklamacji, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

ŚĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednio przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sądem właściwym 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 Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie NESTBANK/CASHCPI_5_2.1/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. weszły w życie z dniem 25 maja 2018 roku, zmienione w dniu 1 października 2021 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



Grzegorz Jurczyk-
Prezes Zarządu



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa



Telefon: +48 22 529 17 62
Fax: +48 22 529 01 01



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



E-mail, gdy chcesz zgłosić wniosek o wypłatę świadczenia:
roszczenia@cardif.pl
E-mail, gdy chcesz złożyć reklamację: reklamacje@cardif.pl



Kontakt z nami