

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE TIMB/CARCPI_3_1.0/2015

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.	Art. 2 ust. 3
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	Art. 13 ust. 1 pkt 1 i 2, ust. 2 pkt 1, Art. 4 ust. 2 pkt 2
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 Kredytobiorców oznaczone indeksem **TIMB/CARCPI_3_1.0/2015** stanowią integralną część:

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

art. 1

DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie TIMB/CARCPI_3_1.0/2015 (dalej zwanych: „OWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – dealer wchodzący w skład sieci dealerskiej Toyota/Lexus, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego polegające w szczególności na zawieraniu i obsłudze ubezpieczeń lub inny podmiot wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego;
- 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) **Działalność gospodarcza** – oznacza prowadzenie przez Ubezpieczonego we własnym imieniu działalności wytwórczej, budowlanej, handlowej, usługowej oraz poszukiwanie, rozpoznawanie i wydobywanie kopalni ze złóż, a także działalność zawodowa, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły, wykonywana na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego;
- 4) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
- 5) **Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopoli-sy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
- 6) **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 **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia; w przypadku osób fizycznych prowadzących własną Działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania Działalności gospodarczej z odpowiedniej ewidencji,
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
- 7) **Harmonogram** – Harmonogram – obowiązujący w Dniu zajścia zdarzenia dokument wystawiony imiennie dla danego Kredytobiorcy, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych należnych Rat Kredytu z tytułu zawartej Umowy Kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej Raty kredytu.;
- 8) **Kredyt** – kwota zobowiązania wynikająca z umowy zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na mocy której Kredytodawca zobowiązuje się oddać do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony kwotę środków pieniężnych z przeznaczeniem na ustalony cel, a Kredytobiorca zobowiązuje się do zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu na warunkach określonych w umowie.
 - a) **Kredyt standardowy** – kredyt, którego raty spłacane są miesięcznie, zgodnie z Harmonogramem;
 - b) **Kredyt z ratą balonową** – kredyt, w którym Harmonogram spłaty oprócz rat kapitałowo-odsetkowych płaconych miesięcznie przewiduje dodatkowo spłatę Raty balonowej;
- 9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną Działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca na mocy ustawy zdolność prawną, mająca siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę Kredytu;
- 10) **Kredytodawca (Bank)** – osoba prawna działająca na podstawie przepisów prawa bankowego, z którą Kredytobiorca zawarł Umowę 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 rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej oraz wygasający zgodnie z Artykułem 4 ust. 5;
- 14) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika Organu rentowego, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) 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;
- 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) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała 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;
- 18) **Rata Kredytu** – kwota należna Kredytodawcy miesięcznie za dany okres trwania Umowy Kredytu, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie z wyłączeniem Raty Balonowej;
- 19) **Rata Balonowa** – kapitał lub kapitał i odsetki płatne na koniec okresu kredytowania;
- 20) **Saldo zadłużenia** – aktualne na Dzień zajścia zdarzenia zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy Kredytu, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia zdarzenia, z wyłączeniem odsetek karnych oraz innych należności;
- 21) **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;
- 22) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 23) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako osoba bezrobotna zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, uprawniający do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 25) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
- 26) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 27) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU) w przypadku zajścia zdarzenia Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w zależności od rodzaju Kredytu, równe:
 - a) w przypadku Kredytów standardowych – Racie Kredytu zgodnie z Harmonogramem,
 - b) w przypadku Kredytów z Ratą Balonową – Racie Kredytu zgodnie z Harmonogramem, jednak jeżeli miesięczne świadczenie do wypłaty będzie przypadać zgodnie z Harmonogramem na ratę balonową to wysokość tego świadczenia będzie równa przedostatniej Racie Kredytu określonej zgodnie z Harmonogramem;
- 28) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubez-

pieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;

- 29) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę Ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki ubezpieczeniowej,
- 30) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wnioskopolisie;
- 31) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
 - a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, w zakresie ryzyk: Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, w zakresie ryzyka: Utraty pracy;
- 32) **Umowa Kredytu** – umowa o Kredyt zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy, na okres nie dłuższy niż 96 miesięcy;
- 33) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym;
- 34) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie lub określona w niniejszych OWU, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 35) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie lub określona w niniejszych OWU uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
- 36) **Utrata pracy** –
 - a) **w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia** –zdarzenie skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego, rozumiane jako rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego lub umowy zlecenia zawartych na czas nieokreślony lub na czas określony, z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty kredytu zgodnie z Harmonogramem, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w OWU;
 - b) **w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą** –wyrejestrowanie działalności gospodarczej spowodowane przyczynami ekonomicznymi, tj. w sytuacji, gdy:
 1. w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Działalność gospodarcza przynosiła straty, lub;
 2. łączny skumulowany wynik za ostatnie 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie jest ujemny, lub;
 3. osoba prowadząca Działalność gospodarczą rozwiązała umowę z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów w ciągu ostatnich 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie,a nadto Ubezpieczony prowadził Działalność gospodarczą co najmniej 24 miesiące oraz uzyskał Status bezrobotnego i nabył prawo do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w OWU;
- 37) **Wnioskopolisa** –dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności, podpisany przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
- 38) **Zdarzenie** –zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 39) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;

- 1) **Pakiet A:**
 - a) Zgon,
 - b) Trwała i całkowita niezdolność do pracy,
- 2) **Pakiet B:**
 - a) Zgon,
 - b) Trwała i całkowita niezdolność do pracy,
 - c) Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

W zależności od statusu zatrudnienia aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia, Ubezpieczony objęty jest ochroną z tytułu:

- **Utraty pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną Działalność gospodarczą lub gdy uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty Kredytu zgodnie z Harmonogramem lub z tytułu kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty Kredytu zgodnie z Harmonogramem, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo;
 - **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku osób niekwalifikujących się do zakresu ochrony z tytułu Utraty pracy, o której mowa powyżej.
4. W razie wystąpienia Zdarzenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń zawartych w OWU, Świadczenia w wysokości określonej w Artykule 11.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy Kredytu, 67 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - 1) podpisał Wnioskopolisę;
 - 2) zawarł z Kredytodawcą Umowę Kredytu w wysokości nie przekraczającej 250.000 PLN (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych)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 opłacił Składkę ubezpieczeniową.
3. Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy Kredytu może zostać objętych maksymalnie czterech Kredytobiorców.
4. Z zastrzeżeniem ust 3 powyżej, jeżeli do Umowy Kredytu przystępuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie osoby które spełniły warunki określone w ust. 1 i 2 pkt 1 i 2 niniejszego artykułu.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - 1) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku Utraty pracy;
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.
5. Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia trwającego maksymalnie 96 miesięcy – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 2) w dniu zgonu Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 4) w dniu wypłaty łącznie 12 Świadczeń miesięcznych z tytułu Utraty pracy i Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku– w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku– w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 5) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lata - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 6) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego – w stosunku do wszystkich Ubez-

art. 3

art. 4

art. 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres Ochrony ubezpieczeniowej zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia wskazanego we Wnioskopolisie.
3. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:

- pieczonych;
- 7) z dniem skutecznego odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 8) w dniu odstąpienia od Umowy Kredytu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 9) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty Kredytu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 5

WYPOWIEDZENIE I Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi, pisemne oświadczenie.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, składając Ubezpieczycielowi, również za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o niniejszym odstąpieniu.
4. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

art. 8

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia) Ubezpieczony (lub inny uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, za pośrednictwem Agenta, o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, 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 UBEZPIECZENIOWA

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 udzielonego Kredytu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki Ubezpieczeniowej w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

art. 10

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy równa jest Saldu zadłużenia, przy czym nie więcej niż 250.000 PLN
2. Suma ubezpieczenia dla obu ryzyk łącznie: Utraty pracy i Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku równa jest maksymalnie 12 Ratom Kredytu.
3. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy Kre-

dytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową z danej Umowy Ubezpieczenia, na Dzień zajścia zdarzenia.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust 1.
2. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne 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,
3. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne 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.
4. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom Kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 2.
5. W przypadku Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 5 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne każdorazowo w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
7. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom Kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN, z zastrzeżeniem art. 10 ust. 2.
8. W przypadku świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej więcej niż jednemu Ubezpieczonemu w ramach jednej Umowy Ubezpieczenia, wysokość Świadczeń określonych w niniejszym artykule dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zajścia zdarzenia.

SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi zajście Zdarzenia w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Formularz Zgłoszenia Roszczenia można uzyskać:
 - a) na stronie <http://toyota-im.com/poland>,
 - b) po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczycielem tel. 801 801 111 lub 22 319 00 00.
3. 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, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
4. 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.
5. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
6. Gdyby wyjaśnienie, w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artyku-

art. 11

art. 12

lu, 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 ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.

7. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona na Formularzu zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierająca pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy Kredytu na Dzień zajścia zdarzenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:

1) w przypadku **Zgonu**:

- 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);
- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

2) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:

- odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu OWU;
- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna) lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

3) w przypadku **Utraty pracy**:

- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy – w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia;
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą, od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia Działalności gospodarczej (w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą):
 - a) z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub
 - b) w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej Działalności gospodarczej za ostatnie 6 miesięcy, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, prowadzenia Działalności gospodarczej jest ujemny lub
 - c) z powodu rozwiązania umowy z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów Działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej dzia-

łności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia);

- zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości – w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą;
- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego.

4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek 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);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

11. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:

1) w przypadku **Utraty pracy**:

- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;

2) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:

- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

art. 13

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

- 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
- 2) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat 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) 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,
- 6) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,

2. W przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy została spowodowana lub nastąpiła wskutek:

- 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 3) próby samobójstwa,
- 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa, samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego,
- 5)

- niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 6) 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) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,
- 8) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
- 9) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

3. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt ten został spowodowany lub zaszedł 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) uprawiania niebezpiecznych sportów, niezależnie od formy ich uprawiania, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,
- 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- 6) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarzkiej 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.

4. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:

- 1) w odniesieniu do osób fizycznych:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
 - c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę lub zleceniodawcę odpowiednio stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu kontraktu menedżerskiego, umowy zlecenie lub przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie z upływem okresu na jakie były zawarte;

- e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 90 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
- 2) w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą:
 - a) usiłowania popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - b) zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego z innych powodów niż ekonomiczne;
 - c) zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 180 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

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.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy Ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. 2014, poz. 851 z późn. zm.).

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane w każdej chwili pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, - przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej Ubezpieczyciela.
2. 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.
3. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
4. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu, przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
5. 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.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz 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.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 6 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.
8. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
9. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
10. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
11. Informacje dotyczące wnoszenia i rozpatrywania Skarg publikowane są dodatkowo na stronie internetowej Ubezpieczyciela: www.cardif.pl oraz są dostępne w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 14

art. 15

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
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).

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie TIMB/CARCPI_3_1.0/2015 zatwierdzone przez odpowiednio:
 - Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 30 listopada 2015 roku,
 - Dyрекję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 30 listopada 2015 rokuwchodzą w życie z dniem 03 stycznia 2016 roku z późniejszymi zmianami.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.