

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW
„Utrata Pracy/Bezpieczne rachunki” o indeksie RCIB/CARCPI_5_1.1/2015**

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

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



Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców „Utrata Pracy/Bezpieczne rachunki”, oznaczone indeksem RCIB/CARC-PI_5_1.1/2015, stanowią integralną część: Umowy Ubezpieczenia Grupowego zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce (NR POLISY UG–RCI–1), zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia”.

art. 1 DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców „Utrata Pracy/Bezpieczne rachunki”, o indeksie RCIB/CARCPI_5_1.1/2015 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent ubezpieczeniowy** – dealer wchodzący w skład sieci dealerskiej, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – wyrażone w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 3) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 4) **Dzień zajścia Zdarzenia:**
 - a) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy o Kredyt), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - b) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
- 5) **Kredyt** – kredyt udzielony Ubezpieczonemu na zakup samochodu na podstawie Umowy o Kredyt:
 - a) **Kredyt standardowy** – kredyt, udzielony na okres od 12 do 96 miesięcy, którego raty spłacane są w miesięcznych ratach przez cały umowny okres spłaty zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
 - b) **Kredyt balonowy** – promocyjny z 1 ratą (na okres 12 miesięcy z obowiązkiem spłaty całości kwoty zadłużenia w jednej racie) lub kredyt promocyjny z 2 ratami (na okres 24 miesięcy, z obowiązkiem spłaty całości kwoty zadłużenia w dwóch ratach) lub w przypadku kredytów promocyjnych z 3 ratami (na okres 24 miesięcy, z obowiązkiem spłaty całości kwoty zadłużenia w trzech ratach – kredyt udzielony na okres od 12 do 24 miesięcy)
- 6) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę o Kredyt;
- 7) **Kredytodawca (Bank)** – RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 02–674) przy ul. Marynarskiej 13, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 9) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
- 10) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, równy okresowi na jaki została zawarta Umowa o Kredyt;
- 11) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
- 12) **Oplaty** – miesięczne opłaty eksploatacyjne związane z użytkowaniem nieruchomości, do których pokrywania zobowiązany jest Ubezpieczony lub jego Współmałżonek, na podstawie rachunków lub faktur wystawionych imiennie na Ubezpieczonego lub Współmałżonka (tj.: czynsz, gaz, energia elektryczna, centralne ogrzewanie, usługi wodno–kanalizacyjne, fundusz remontowy, wywóz śmieci, ochrona nieruchomości, abonament za TV i Internet, miejsce postojowe lub parkingowe);
- 13) **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;
- 14) **Pierwotny harmonogram spłat** – dokument wystawiony imiennie dla danego Kredytobiorcy przez Kredytodawcę, sporządzony w dniu zawarcia Umowy o Kredyt, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu, w tym wskazujący wysokość salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat Kredytu;
- 15) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 16) **Rata Kredytu** – w odniesieniu do:
 - a) Kredytów standardowych – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy o Kredyt, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat załączonym do Umowy o Kredyt, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
 - b) Kredytów balonowych – kwota równa początkowej kwocie Kredytu, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału, wskazana w Umowie o Kredyt podzielonej przez liczbę miesięcy kredytowania, dla której za termin płatności uważa się dany dzień miesiąca, na który przypada termin płatności pierwszej raty;
- 17) **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;
- 18) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 19) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 20) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 21) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu zgodnie z postanowieniami SWU, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 22) **Szpital** – działający zgodnie z prawem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie i wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zapewniający 24–godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny.
- 23) **Ubezpieczający** – RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 02–674) przy ul. Marynarskiej 13;
- 24) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową w formie Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 25) **Ubezpieczyciel** – Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2;
- 26) **Umowa o Kredyt** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 27) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (POLISA NR UG–RCI–1) zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a RCI Banque Spółka Akcyjna Oddział w Polsce, na podstawie niniejszych SWU;
- 28) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej, uprawniona do otrzymania Świadczenia;
- 29) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy o Kredyt), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 30) **Wcześniejsza spłata Kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy o Kredyt przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat;
- 31) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 32) **Współmałżonek** – osoba, która w Dniu zajścia Zdarzenia pozostawała z Ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 33) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia.



PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:
 - a) **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy o Kredyt, albo
 - b) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Utraty pracy,
3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który najpóźniej w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) ukończył 18 rok życia,
 - b) nie przekroczył w tym dniu Wieku 67 lat
2. Warunkiem objęcia Ochroną ubezpieczeniową jest, aby Kredytobiorca:
 - a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową,
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę o Kredyt w wysokości nieprzekraczającej 300 000 PLN;
 - c) został objęty ochroną ubezpieczeniową na życie w MetLife.

OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się trzydziestego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyka Utraty pracy.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
4. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
 - b) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - d) w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej – z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu w którym Ubezpieczony zrezygnował z Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego zgodnie z Art. 5;
 - e) w dniu wygaśnięcia lub odstąpienia od Umowy o Kredyt, z zastrzeżeniem ust. 5–7 niniejszego Artykułu;
 - f) dla ryzyka Utraty pracy – w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia;
 w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku, gdy Kredytobiorca zrezygnował z Ochrony ubezpieczeniowej w ciągu 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej lub w przypadku nie opłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego; będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
6. Jeżeli nastąpi Wcześniejsza spłata Kredytu, wówczas Ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana do momentu spłaty ostatniej Raty kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie dłużej niż Okres ubezpieczenia i nie dłużej niż 96 miesięcy.
7. Jeżeli Kredytobiorca odstąpi od Umowy o Kredyt w ciągu 30 dni od jej zawarcia, jest on traktowany jako osoba nieubezpieczona, a Ubezpieczającemu przysługuje roszczenie o zwrot opłaconej Składki w pełnej wysokości.

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem Ubezpieczającego, pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku

opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający za pośrednictwem Agenta jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przystąpienie do ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony obowiązany jest podpisywać Deklarację ubezpieczeniową na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
2. Wniosek o wypłatę świadczenia (formularz zgłoszenia roszczenia), Ubezpieczony (albo inna osoba występująca z roszczeniem) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, jeżeli udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i naliczana jest od wysokości kwoty udzielonego Kredytu.
3. Na wniosek Ubezpieczającego, w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego oraz gdy Ubezpieczony wystąpił za pośrednictwem Ubezpieczającego o zwrot Składki, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres Ochrony ubezpieczeniowej.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia na wypadek **Utraty pracy** równa jest 12 Ratom kredytu.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** równa jest 6 Oplatom.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 SWU.
2. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpie-



czonemu Statusu bezrobotnego wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.

3. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń – przypadków Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 3.500,00 PLN.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości Oplat, których termin płatności przypada w okresie bezpośrednio 27 dni przed Dniem zajścia zdarzenia (wyłącznie w tych dniach, w których Ubezpieczony objęty był Ochroną ubezpieczeniową) a także w okresie tego 3-dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, ulega przedłużeniu, za każde 30 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaca kolejne świadczenie w wysokości Oplat, których termin płatności przypada w okresie każdych 30 dni Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Maksymalna liczba Świadczeń z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 6 w całym okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego z tytułu ubezpieczenia w ramach danej Umowy kredytu, przy czym pojedyncze Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie może wynieść więcej niż 1.600,00 PLN.
7. Świadczenie przestaje być wypłacane przez Ubezpieczyciela w momencie wygaśnięcia okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

art. 12 SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić zajście Zdarzenia bezpośrednio Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego lub Ubezpieczającego, w formie pisemnej, na odpowiednim formularzu zgłoszenia roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez 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, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o zajściu Zdarzenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobierca. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz 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 wypłaci bezsporną część świadczenia.
7. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż 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 lub 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uprawnionego.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie Deklaracji ubezpieczeniowej; a także formularza zgłoszenia roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:
 - a) w przypadku **Utraty pracy**:
 - informacji o wysokości Raty kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia;
 - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę),
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia,
 - b) 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;
 - rachunki lub faktury wystawione imiennie na Ubezpieczonego lub Współmałżonka,
 - wydany, nie później niż na 3 m-ce przed Dniem zajścia Zdarzenia, przez Urząd Stanu Cywilnego, odpis skrócony aktu małżeństwa (jeżeli Oplaty dotyczą Współmałżonka),
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
11. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca Zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
 - a) w przypadku **Utraty pracy**:
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
 - b) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - rachunki lub faktury wystawione imiennie na Ubezpieczonego lub Współmałżonka.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie nastąpiło wskutek:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę 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 odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte,
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej lub w okresie pierwszych 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej
2. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych przed Dniem objęcia Ubezpieczonego Ochroną ubezpieczeniową;
 - b) 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,
 - c) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - d) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - f) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - g) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.
 3. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Dyrekcji lub Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia w wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
9. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
10. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
11. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi, Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
12. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU 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).

SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą zmienione w oparciu o średni kurs wymiany walut ogłoszony przez Narodowy Bank Polski.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców „Utrata Pracy/Bezpieczne rachunki” o indeksie RCIB/CARCP1_5_1.1/2015 wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione w dniu 1 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.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

