

**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO
LEASINGOBIORCÓW
o indeksie VW/CARCPI_5_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. 2
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 14 ust. 1 pkt 1 i 2, ust. 2 pkt 1, ust. 4 pkt 1; art. 4 ust. 2 pkt 2, 3, 4; art. 11 ust. 5
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 Leasingobiorców oznaczone indeksem VW/CARCP1_5_1.0/2015 zwane dalej „SWU” mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Leasingobiorców, zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”, zawartej przez Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. i Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z Volkswagen Leasing GmbH z siedzibą w Brunzshwiku, Niemcy, działająca poprzez Volkswagen Leasing GMBH Sp. z o.o. Oddział w Polsce.

art. 1

DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Leasingobiorców o indeksie VW/CARCP1_5_1.0/2015 (dalej zwanych: „SWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance, o których mowa w Artykule 12;
- 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) **Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową** – wyrażone w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, oświadczenie woli Leasingobiorcy na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
- 4) **Działalność gospodarcza** – oznacza prowadzenie działalności gospodarczej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej we własnym imieniu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego;
- 5) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień podpisania przez Leasingobiorcę Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową, nie wcześniej jednak niż dzień uruchomienia leasingu;
- 6) **Dzień zajścia zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu - za dzień zajścia 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; w przypadku osób fizycznych prowadzących własną Działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania Działalności gospodarczej z odpowiedniej ewidencji;
 - d) w przypadku **Pobyty w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 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 lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 7) **Harmonogram** – pierwotny harmonogram spłat leasingu, stanowiący integralną część Umowy leasingu, ustalony i dołączony do Umowy leasingu w dniu jej zawarcia;
- 8) **Leasingobiorca** osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, a posiadająca zdolność prawną, mająca miejsce zamieszkania lub siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła Umowę leasingu.
- 9) **Leasingodawca** – Ubezpieczający, Volkswagen Leasing GmbH z siedzibą w Brunzshwiku, Niemcy, działająca poprzez Volkswagen Leasing GmbH Sp. z o.o. Oddział w Polsce;
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 11) **Niezdolność do pracy** – stan niesprawności spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagający stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, trwający przez okres co najmniej 6 miesięcy od daty wypadku, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU;
- 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na zasadach określonych w niniejszych SWU;

- 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do danego Ubezpieczonego, który rozpoczyna się w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia a wygasa zgodnie z Artykułem 4 ust. 5;
- 14) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji na okres co najmniej 6 miesięcy (orzeczenia na okresy krótsze niż 6 miesięcy nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS lub wyrok sądu;
- 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** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 18) **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 stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage IA) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawniokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - c) **udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - 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,



mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie 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 Ubezpiezonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu 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 Ubezpiezonego 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;

- 19) **Rata leasingowa** – kwota należna Leasingodawcy, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie załączonym do Umowy leasingu;
- 20) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 21) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpiezonego, po zarejestrowaniu się jako osoba bezrobotna zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego uprawniający do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 22) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 23) **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 pielęgniarzką i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
- 24) **Świadczenia Assistance** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu w zakresie, o którym mowa w Artykule 12 niniejszych SWU;
- 25) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU) w przypadku zajścia zdarzenia Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu;
- 26) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 27) **Ubezpieczający** – Volkswagen Leasing GmbH z siedzibą w Brunzwicku, Niemcy, działająca poprzez Volkswagen Leasing GMBH Sp. z o.o. Oddział w Polsce
- 28) **Ubezpieczony** – Leasingobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych SWU
- 29) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU, tj. odpowiednio:
- a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, w zakresie ryzyk: Zgonu, Niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu oraz Poważnego zachorowania;
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, w zakresie ryzyk: Utraty pracy oraz zapewnienia dostępu do Świadczeń Assistance;
- 30) **Umowa leasingu** – Umowa leasingu zawarta pomiędzy Leasingodawcą a Leasingobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Leasingodawcy;
- 31) **Umowa Ubezpieczenia** - umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 32) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna upoważniona a do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpiezonego;
- 33) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzeń innych niż Zgon Ubezpiezonego;
- 34) **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 Ubezpiezonego, rozumiane jako rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku

służbowego lub umowy zlecenia zawartych na czas nieokreślony, określony dłuższy niż czas trwania Umowy leasingu lub na czas wykonania określonej pracy z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty leasingu zgodnie z Harmonogramem, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w SWU;

- 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 SWU;

- 35) **Współleasingobiorca**- podmiot inny niż Leasingobiorca będący stroną Umowy leasingu. Zapisy dotyczące Leasingobiorcy stosuje się odpowiednio do Współleasingobiorcy;

- 36) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;

- 37) **Zgon** – śmierć Ubezpiezonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

art. 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpiezonego oraz ryzyko utraty pracy przez Ubezpiezonego.

2. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:

1) **Pakiet A 1:**

- a) Zgon,
- b) Niezdolność do pracy,
- c) Poważne Zachorowanie,
- d) Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu,
- e) Świadczenie Assistance.

2) **Pakiet A 2:**

- a) Zgon,
- b) Niezdolność do pracy,
- c) Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu,
- d) Świadczenie Assistance.

3) **Pakiet A 3:**

- a) Zgon,
- b) Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu
- c) Świadczenie Assistance.

3. W zależności od statusu zatrudnienia aktualnego na dzień przystąpienia do ubezpieczenia, 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 dłuższy niż czas trwania Umowy leasingu lub z tytułu kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia zawartych na czas wykonania określonej pracy z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty leasingu zgodnie z Harmonogramem, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo;
- **Pobytu w Szpitalu**– w przypadku osób niekwalifikujących się do zakresu ochrony z tytułu Utraty pracy, o której mowa powyżej.

4. Niezależnie od wybranego Pakietu Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance.

5. W razie wystąpienia Zdarzenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na:

- 1) wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń w SWU, Świadczenia w wysokości określonej w Artykule 11, oraz;
- 2) organizacji i pokryciu kosztów usług określonych Artykule 12 w przypadku Świadczeń Assistance.



- Ochroną ubezpieczeniową może być objęta każdy Leasingobiorca lub Współleasingobiorca, mający miejsce zamieszkania w Polsce, którego wiek łącznie z okresem trwania Umowy Leasingu nie przekracza 72 lat.
- Warunkiem przystąpienia do Umowy Ubezpieczenia jest, aby Leasingobiorca:
 - zawarł z Leasingodawcą Umowę leasingu na kwotę, przypadającą do spłaty proporcjonalnie na jednego Leasingobiorcę lub Współleasingobiorcę, nie większą niż 250.000 PLN (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych);
 - podpisał Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową
- Jeżeli do Umowy leasingu przystępuje więcej niż jeden Leasingobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie osoby, po spełnieniu wymogów określonych w ust. 1 i 2 niniejszego artykułu.
- Na podstawie indywidualnej zgody Ubezpieczyciela wydanej w formie pisemnej przed przystąpieniem do ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona na warunkach innych niż określone w SWU.

- Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
 - Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu lub Niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Świadczeń Assistance;
 - trzydziestego pierwszego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu powstałego w wyniku Choroby;
 - dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania oraz Utraty pracy w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego;
 - sto osiemdziesiątego pierwszego dnia po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą.
 - Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
 - Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.
 - Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia trwającego maksymalnie 84 miesiące – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - w przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego w terminie, określonym w Umowie ubezpieczenia - w stosunku do każdego Ubezpieczonego;
 - w dniu Zgonu Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - w dniu wypłaty łącznie 12 Świadczeń miesięcznych z tytułu Utraty pracy i Pobytu w Szpitalu – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy oraz Pobytu w Szpitalu - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 72 lata - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w odniesieniu do ochrony z ryzyka Utraty pracy - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - w ostatnim dniu miesiąca w którym ubezpieczony zrezygnował z ubezpieczenia w stosunku do każdego Ubezpieczonego;
 - w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - w dniu rozwiązania lub odstąpienia od umowy leasingu przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego - w stosunku do każdego Ubezpieczonego.
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

- Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpie-

- czającemu pisemną rezygnację.
- Na wniosek Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany Okres ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w SWU oraz Umowie Ubezpieczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń oraz zapewnienia dostępu do Świadczeń Assistance w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
- Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
- 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.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

- Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej na udostępnionym przez Ubezpieczającego formularzu.
- Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony powinien składać na formularzu zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
- Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczającego o zmianie swoich danych osobowych.
- Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Składka jest płatna przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
- W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

SUMY UBEZPIECZENIA

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu lub Niezdolności do pracy równa jest części kapitałowej opłat leasingowych pozostających do spłaty zgodnie z Harmonogramem spłat leasingu ustalonym przez Ubezpieczającego w dniu zawarcia Umowy leasingu; zastrzeżeniem ust. 4 i 5 niniejszego Artykułu.
- Suma ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania równa jest, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5 niniejszego Artykułu, 6 - krotności regularnej Raty leasingowej należnej zgodnie z Harmonogramem. W przypadku gdy Poważne zachorowanie wystąpi w okresie płatności 6 ostatnich Rat leasingowych – Świadczenie będzie wyliczone jako procent sumy raty i wartości końcowej liczonej od ceny przedmiotu leasingu i wyniesie: dla okresu leasingu 24 miesiące – 16%, dla okresu leasingu 36 miesięcy – 10%, dla okresu leasingu 48 miesięcy – 5%, dla okresu leasingu 60 miesięcy – 1%, nie więcej jednak niż pozostałe do spłaty zadłużenie, zgodnie z Harmonogramem spłaty, licząc od dnia zajścia Poważnego zachorowania.
- W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje zgodnie z Art. 2 ust. 3 ochrona z tytułu Utraty pracy, Suma ubezpieczenia dla obu ryzyk łącznie: Utraty pracy i Pobytu w Szpitalu równa jest:
 - równowartości 6 świadczeń miesięcznych w okresie 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie może przekroczyć kwoty 18.000 PLN;
 - równowartości 12 świadczeń miesięcznych w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie może przekroczyć kwoty 36.000 PLN.
- W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy leasingu objętych zostało więcej Leasingobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową z danej Umowy leasingu, na Dzień zajścia zdarzenia.
- Suma ubezpieczenia nie może być większa niż 250.000 PLN, z zastrzeżeniem ust 4 art. 3.



1. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem w ramach Pakietu A1, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku Zgonu Ubezpieczonego –70% Sumy ubezpieczenia na wypadek Zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - 2) w przypadku Niezdolności do pracy Ubezpieczonego –70% Sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - 3) w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Sumie ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania, której wysokość określona jest w Artykule 10.
2. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach Pakietu A2, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku Zgonu Ubezpieczonego –80% Sumy ubezpieczenia na wypadek Zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - 2) w przypadku Niezdolności do pracy Ubezpieczonego –80% Sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Artykule 10.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach Pakietu A3, Ubezpieczyciel wypłaci w przypadku Zgonu Ubezpieczonego świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek Zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje, zgodnie z Art. 2 ust. 3, ochrona z tytułu Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku Utraty pracy – Świadczeniu miesięcznemu z tytułu Utraty pracy, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie odpowiednio: 6 lub 12 świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem Artykułu 10 ust. 3.
 - 2) W przypadku Pobytu w Szpitalu Świadczeniu miesięcznemu z tytułu Pobytu w Szpitalu, przy czym pojedyncze świadczenie nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 lub 12 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem Artykułu 10 ust. 3.
5. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego w okresie 28 dni od dnia zajścia Poważnego zachorowania świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu Poważnego zachorowania, jeżeli Zgon był następstwem Poważnego zachorowania.
6. W przypadku Utraty pracy, po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości regularnej Raty leasingowej przypadającej do spłaty, zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 30 dniach nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
7. W przypadku, gdy po upływie 30 dni, o których mowa w ust. 7 Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych, Ubezpieczyciel wypłaci po każdym kolejnych 30 dniach nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych świadczenie w wysokości regularnej Raty leasingowej przypadającej do spłaty, zgodnie z Harmonogramem, w okresie tych 30 dni posiadania Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych
8. W przypadku Pobytu w Szpitalu, po upływie 3 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości regularnej Raty leasingowej przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
9. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu ulega przedłużeniu, Ubezpieczyciel wypłaci po każdym kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Świadczenie w wysokości regularnej Raty leasingowej przypadającej do spłaty w okresie tych 30 dni Pobytu w Szpitalu.
10. W przypadku, gdy w okresie, za który Ubezpieczonemu przysługuje prawo do otrzymania świadczenia zarówno z tytułu Poważnego zachorowania, jak również z tytułu Pobytu w Szpitalu (oraz Utraty pracy) Ubezpieczyciel wypłaci należne świadczenie z tytułu zajścia każdego z powyższych zdarzeń, zgodnie z ustaleniami zawartymi w Artykule 10 oraz 11 SWU.
11. W przypadku świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej więcej niż jednemu Ubezpieczonemu w ramach jednej Umowy leasingu, wysokość świadczeń określonych w niniejszym artykule dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zajścia zdarzenia.
12. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe przewyższa kwotę salda zadłużenia aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - 2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci

i współmałżonka,

- 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
- 5) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. W przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego oraz Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonemu przysługuje dostęp do Świadczenia Assistance.
2. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczonemu przysługuje w ramach Świadczenia Assistance organizacja poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów w odniesieniu do jednego Zdarzenia:
 - 1) **pomoc psychologa** – Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 PLN. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym.
 - 2) **pomoc w przygotowaniu CV i listu motywacyjnego** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysłał do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 - b) wzór listu motywacyjnego (LM);
 - 3) **tłumaczenie CV i listu motywacyjnego na język angielski** – Ubezpieczyciel w terminie 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do firmy specjalizującej się w tłumaczeniu dokumentów na język angielski, która po otrzymaniu w/w dokumentów rozpocznie proces tłumaczenia dokumentów na język angielski. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczenia usługi tłumaczenia CV i listu motywacyjnego na język angielski przez okres 6 miesięcy licząc od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i maksymalnie 4 razy w roku.
 - 4) **pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biura pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6 miesięcy liczoną od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - 5) **organizacja usług z zakresu doradztwa personalnego** – Całodobowe przekazywanie informacji na temat:
 - a) efektywnych systemów motywacyjnych, wartościowania stanowisk, konstrukcji, siatek płac, budowy systemów premiovych, konstruowania pakietów świadczeń,
 - b) formułowania strategii i polityki personalnej,
 - c) ryzyka inwestycyjnego w dziedzinie zarządzania kapitałem ludzkim,
 - d) atrakcyjnych szkoleń dla pracowników,
 - e) wiz i poleceń na pracę,
 - 6) **infolinia dotycząca prawa pracy** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - d) rejestracja w urzędzie pracy;
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 - h) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - i) dane teleadresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
 - 7) **zestaw materiałów informacyjnych dotyczących m.in. tworzenia CV i listu motywacyjnego oraz rozmowy rekrutacyjnej** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez



Ubezpieczonego do Centrum operacyjnego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:

- a) instrukcje dotyczące przygotowania CV;
 - b) instrukcje dotyczące przygotowania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania);
 - c) instrukcje dotyczące przygotowywania się do rozmowy rekrutacyjnej.
3. W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonemu przysługuje w ramach Świadczenia Assistance organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po Pobycie w Szpitalu trwającym nieprzerwanie co najmniej 3 dni. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, stwierdzające konieczność opieki pielęgniarskiej nad Ubezpieczonym (np. zalecenie na karcie wypisu ze Szpitala). Usługa świadczona jest w wymiarze 10 godzin na jedno i wszystkie Zdarzenia w okresie 12 miesięcy.
 4. Świadczenia Assistance organizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego, w przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do Świadczeń Assistance. Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu (+48) 22 591 95 24.
 5. Ubezpieczony, kontaktując się z Centrum operacyjnym, zobowiązany jest podać następujące informacje:
 - 1) Numer Umowy kredytu,
 - 2) Numer PESEL,
 - 3) Imię i nazwisko,
 - 4) Adres zamieszkania,
 - 5) Numer telefonu do kontaktu,
 - 6) Inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług
 - 7) oraz opisać rodzaj oczekiwanej pomocy.

okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. 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.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:

- 1) w przypadku **Zgonu**:
 - pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
 - 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.
- 2) w przypadku **Niezdolności do pracy**:
 - pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu SWU;
 - 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).
- 3) w przypadku **Utraty pracy**:
 - pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
 - 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 działalności, 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.
- 4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:

art. 13

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego 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 były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub 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 objętego zakresem ubezpieczenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy Ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie, w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi 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, jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie 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



- pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - 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).
- 5) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
- pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu lub 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**:
 - dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);

art. 14 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpieczonego został spowodowany lub nastąpił wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy zdarzenie objęte ochroną wystąpi w ciągu pierwszych 24 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia
 - 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,
 - 8) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
2. W przypadku **Niezdolności do pracy** oraz **Pobytu w Szpitalu** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu została spowodowana lub nastąpiła wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem przystąpienia do 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) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 4) próby samobójstwa,
3. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten związany był z:
 - 1) przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala,
 - 2) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności,
 - 3) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
4. W przypadku **Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub nastąpiło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. Prawo do otrzymania Świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego **Nowotworu złośliwego (raka)** nie przysługuje w przypadku, jeśli:
 - 1) przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - 2) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak).
6. 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 § 1^l 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 nie dotyczących 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 przystąpienia do ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 180 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku Świadczeń **Assistance** dla osób, które Utraciły pracę, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata pracy nastąpiła:
 - 1) przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia,
 - 2) w związku z popełnieniem przestępstwa w rozumieniu Ustawy Kodeks Karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego,
 - 3) w związku z próbą samobójczą, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 4) w związku z wygaśnięciem umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenia.

art. 15

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

art. 16

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielane w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
2. 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
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 udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 2 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 trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 17

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych w 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).

art. 18

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Leasingobiorców o indeksie VW/CARCP1_5_1.0/2015 wchodzi w życie z dniem 01 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.

