

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW
O INDEKSIE TIMB/CARCPI_3_1.2/2020

Drogi Kliencie,

Zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać odszkodowanie. Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić odszkodowania.

Zespół Toyota Insurance Services i BNP Paribas Cardif

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
<p>1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.</p>	<p>art. 2 ust. 2 i 3 w związku z art. 1 ust.1 pkt 7, 13, 17, 22, 27, 35, 38, 25, 26, 37. art. 4 w związku z art. 1 ust.1 pkt 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 17, 25, 26, 27, 32, 35, 37, 38. art. 10, w związku z art. 1 ust. 1 pkt 6, 7, 8, 9, 13, 17, 18,19, 23, 25, 26, 27, 32, 35, 36, 37, 38. art. 11, w związku z art. 1 ust 1 pkt 6, 7, 8, 13, 17, 18, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 31, 35, 37, 38.</p>
<p>2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.</p>	<p>art. 13 ust. w związku z art. 1 ust. 1 pkt 4, 6, 17, 22, 23, 24, 27, 35, 37, 38</p>

art. 1. Definicje

1. W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie c_3_1.2/2020 (dalej zwanych: „OWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Agent** – Toyota Insurance Management Limited Sp. z o.o oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, 02-676 Warszawa, Postępu 18B, wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem;
 - 2) **Agent Dealer** – podmiot, wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 3) **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;
 - 4) **Działalność gospodarcza** – oznacza prowadzenie przez Ubezpieczonego zorganizowanej działalności zarobkowej, wykonywanej we własnym imieniu i w sposób ciągły;
 - 5) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 6) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
 - 7) **Dzień zajścia zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu - za dzień zajścia do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia; w przypadku osób fizycznych prowadzących własną Działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania Działalności gospodarczej z odpowiedniej ewidencji;
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 8) **Harmonogram** – pierwszy harmonogram spłat wskazany przez Kredytodawcę w Umowie Kredytu obowiązujący w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia wystawiony imiennie dla danego Kredytobiorcy, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych należnych Rat kredytu z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej Raty kredytu;
 - 9) **Kredyt** – kwota zobowiązania wynikająca z umowy zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na mocy której Kredytodawca zobowiązuje się oddać do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony kwotą środków pieniężnych z przeznaczeniem na ustalony cel, a Kredytobiorca zobowiązuje się do zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu na warunkach określonych w umowie.
 - a) Kredyt standardowy – kredyt, którego raty spłacane są miesięcznie, zgodnie z Harmonogramem;
 - b) Kredyt z ratą balonową – kredyt, w którym Harmonogram spłaty oprócz rat kapitałowo-odsetkowych płaconych cyklicznie przewiduje dodatkowo spłatę raty balonowej (czyli części kapitału lub kapitału i odsetek) na koniec okresu kredytowania;
 - c) Kredyt z nieregularnymi ratami – kredyt inny niż Kredyt standardowy albo Kredyt z ratą balonową przewidujący spłatę kredytu z odroczonym terminem płatności;
 - 10) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca Działalność gospodarczą, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca na mocy ustawy zdolność prawną, mająca siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę Kredytu;
 - 11) **Kredytodawca (Bank)** – osoba prawna działająca na podstawie przepisów prawa bankowego, z którą Kredytobiorca zawarł Umowę Kredytu, w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
 - 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 13) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 - 14) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat oraz wygasający zgodnie z Artykułem 4 ust. 5;
 - 15) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowaniu z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo;
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowania z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 16) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
 - 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) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy miesięcznie za dany okres trwania Umowy Kredytu, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie;
 - 19) **Saldo zadłużenia** – aktualne na Dzień zajścia zdarzenia zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia zdarzenia, z wyłączeniem odsetek karnych oraz innych należności zgodnie z Harmonogramem;
 - 20) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
 - 21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;

- 22) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako osoba bezrobotna zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, uprawniający do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 23) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 24) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 25) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 26) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU) w przypadku zajścia zdarzenia Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu, w zależności od rodzaju Kredytu, równe:
- w przypadku Kredytów standardowych – Racie kredytu zgodnie z Harmonogramem,
 - w przypadku Kredytów z ratą balonową – Racie kredytu zgodnie z Harmonogramem, jednak jeżeli miesięczne świadczenie do wypłaty ma być określone zgodnie z Harmonogramem na podstawie raty balonowej to wysokość tego świadczenia będzie równa przedostatniej Racie kredytu określonej zgodnie z Harmonogramem;
 - w przypadku Kredytów z nieregularnymi ratami - kwocie Kredytu pozostającemu do spłaty na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia podzielonej przez liczbę miesięcy Kredytu zaokrąglonej w górę do pełnych 100 PLN;
- 27) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 28) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
- 29) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wnioskopolisie;
- 30) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie 00-844, przy ul. Grzybowskiej 78, w zakresie ryzyk: Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu oraz
 - Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie 00-844, przy ul. Grzybowskiej 78, w zakresie ryzyka: Utraty pracy;
- 31) **Umowa kredytu** – umowa o Kredyt zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 32) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym oraz zawarta pomiędzy Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym za pośrednictwem Agenta- Dealera oraz przy udziale Agenta, której integralnym elementem są niniejsze OWU oraz Wnioskopolis;
- 33) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie lub określona w niniejszych OWU, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 34) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie lub określona w niniejszych OWU uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
- 35) **Utrata pracy** –
- w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia** – zdarzenie skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego, rozumiane jako rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego lub umowy zlecenia zawartych na czas nieokreślony lub na czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty kredytu zgodnie z Harmonogramem, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w OWU;
 - w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą** – wyrejestrowanie działalności gospodarczej spowodowane przyczynami
 - ekonomicznymi, tj. w szczególności: bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Działalność gospodarcza przynosiła straty, lub;
 - łączny skumulowany wynik za ostatnie 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie jest ujemny, lub;
 - osoba prowadząca Działalność gospodarczą rozwiązała umowę z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów w ciągu ostatnich 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, a nadto Ubezpieczony prowadził Działalność gospodarczą co najmniej 24 miesiące oraz uzyskał Status bezrobotnego i nabył prawo do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w OWU;
- 36) **Wnioskopolis** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 38) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;

art. 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszyły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - Zgon,
 - Trwała i całkowita niezdolność do pracy,
 - Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu.
- W zależności od statusu zatrudnienia aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia, Ubezpieczony objęty jest ochroną z tytułu:

- **Utraty pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną Działalność gospodarczą lub gdy uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty Kredytu zgodnie z Harmonogramem lub z tytułu kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty Kredytu zgodnie z Harmonogramem, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo;
- **Pobytu w Szpitalu** – w przypadku osób niekwalifikujących się do zakresu ochrony z tytułu Utraty pracy, o której mowa powyżej.

4. W razie wystąpienia Zdarzenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń zawartych w OWU, Świadczenia w wysokości określonej w Artykule 11.

art. 3. Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy kredytu, 67 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - 1) podpisał Wnioskopolisę;
 - 2) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu w wysokości nie przekraczającej 250.000 PLN (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych kredytów w Banku, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400.000 PLN;
 - 3) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki.
3. Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu może zostać objętych maksymalnie czterech Kredytobiorców.
4. Z zastrzeżeniem ust 3 powyżej, jeżeli do Umowy kredytu przystępuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie osoby, po spełnieniu wymogów określonych w ust. 1 oraz w ust. 2 pkt 1 i 2 niniejszego artykułu.

art. 4. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - 1) **w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) **trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku Utraty pracy oraz Pobytu w Szpitalu celem leczenia Choroby;
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem, że:
 - 1) Pobył w Szpitalu ma miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) ochrona z tytułu Utraty Pracy obowiązuje na terenie Unii Europejskiej.
5. Ochrona Ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia trwającego maksymalnie 96 miesięcy – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 2) w dniu Zgonu Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 3) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 4) w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył wiek uprawniający go do otrzymania emerytury, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 5) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lata - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 6) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 7) z dniem skutecznego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 8) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 9) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 5. Wypowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi np., za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, składając Ubezpieczycielowi, również za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o niniejszym odstąpieniu.

art. 6. Obowiązki ubezpieczającego

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

art. 7. Prawa i obowiązki ubezpieczyciela

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

art. 8. Obowiązki ubezpieczonego

1. Wniosek o wypłatę świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia) Ubezpieczony lub inny uprawniony powinien składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, za pośrednictwem Agenta, o zmianie swoich danych osobowych.

3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

art. 9. Składka ubezpieczeniowa

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości udzielonego Kredytu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki Ubezpieczeniowej.

art. 10. Suma ubezpieczenia

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy równa jest Saldu zadłużenia, przy czym nie więcej niż 250.000 PLN
2. Suma ubezpieczenia dla ryzyk:
 - 1) Utraty pracy równa jest maksymalnie 12 Ratom kredytu, jednak nie więcej niż 36 000 PLN,
 - 2) Pobytu w Szpitalu równa jest maksymalnie 12 Ratom kredytu jednak nie więcej niż 36 000 PLN.
3. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy Kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową z danej Umowy ubezpieczenia, na Dzień zajścia zdarzenia.

art. 11. Wysokość świadczenia

1. W przypadku Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust.1
2. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje ochrona z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe – Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z art. 1 ust.1 pkt 26 przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego Zdarzenia Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie: 12 Świadczeń miesięcznych.
3. W przypadku Utraty pracy, po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne określone w art. 1 ust.1 pkt 26 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty, zgodnie z Harmonogramem, w ciągu tych 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
4. W przypadku, gdy po upływie każdych kolejnych 30 dni, o których mowa w ust. 3 Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego, Ubezpieczyciel wypłaci po każdych kolejnych 30 dniach nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego – Świadczenie miesięczne, określone w art. 1 ust.1 pkt 26 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje, ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe – Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z art. 1 ust.1 pkt 26 przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego Zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych.
6. W przypadku Pobytu w Szpitalu, po upływie 3 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w art. 1 ust.1 pkt 26 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
7. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu ulega przedłużeniu, Ubezpieczyciel wypłaci po każdych kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Świadczenie miesięczne określone w art. 1 ust.1 pkt 26 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem.
8. W przypadku, gdy w okresie, za który Ubezpieczonemu przysługuje prawo do otrzymania Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu lub Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci należne Świadczenie z tytułu zajścia każdego z powyższych Zdarzeń, zgodnie z ustaleniami zawartymi w art. 10 oraz 11 OWU.
9. W przypadku świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej więcej niż jednemu Ubezpieczonemu w ramach jednej Umowy kredytu, wysokość Świadczeń określonych w niniejszym artykule dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zajścia zdarzenia.
10. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia kwota nadwyżki wyptacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) Ubezpieczony,
 - 2) współmałżonek Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego,
 - 3) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 4) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 5) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 6) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

art. 12. Sposób zgłaszania zdarzeń ubezpieczeniowych oraz wypłaty świadczeń

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi zajście Zdarzenia w formie pisemnej, np. na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 10 niniejszego artykułu.
2. Formularz Zgłoszenia Roszczenia można uzyskać:
 - a) na stronie <https://www.toyotabank.pl>;
 - b) po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczycielem tel. 801 801 111 lub 22 319 00 00 lub
 - c) wypełniając formularz on-line na stronie www.roszczenia.cardif.pl.
3. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez Agenta lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

5. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
6. Gdyby wyjaśnienie, w terminie wskazanym w ust. 5 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 ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 5 niniejszego artykułu.
7. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 5 i 6 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 nie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą Zdarzenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - 1) w przypadku **Zgonu**:
 - odpis aktu Zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta Zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 2) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu OWU;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna) lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - 3) w przypadku **Utraty pracy**:
 - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy – w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia;
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą, od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia Działalności gospodarczej (w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą):
 - a) z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub
 - b) w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej Działalności gospodarczej za ostatnie 6 miesięcy, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, prowadzenia Działalności gospodarczej jest ujemny lub
 - c) z powodu rozwiązania umowy z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów Działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej 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 ubezpieczeniowego.
 - 4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - 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).
11. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu 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**:

art. 13. Wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

1. W przypadku **Zgonu** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpieczonego został spowodowany lub nastąpił wskutek:
 - 1) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) 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;
 - 5) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 6) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
2. W przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy została spowodowana lub nastąpiła wskutek:
 - 1) 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;
 - 2) próby samobójstwa;
 - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
 - 6) 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;
 - 7) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - 8) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Pobytu w Szpitalu** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt ten został spowodowany lub zaszedł wskutek:
 - 1) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) 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;
 - 4) uprawiania niebezpiecznych sportów, niezależnie od formy ich uprawiania, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki;
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 6) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
4. Z uwzględnieniem ust. 3 powyżej, Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten związany był z:
 - 1) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności;
 - 2) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
5. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
 - 1) w odniesieniu do osób fizycznych:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn 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 zleciodawcę odpowiednio stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie w wyniku przyczyn zwinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu kontraktu menedżerskiego, umowy zlecenie lub przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie z upływem okresu na jakie były zawarte;
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 90 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
 - 2) w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą:
 - a) usiłowania popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - b) zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego z innych powodów niż ekonomiczne;
 - c) zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 180 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

art. 14. Opodatkowanie świadczeń

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

art. 15. Rozpatrywanie reklamacji

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie, pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 2 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego art., Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Reklamacji, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 16. Sąd właściwy i rozstrzyganie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwo o roszczenie, 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. 17. Postanowienia końcowe

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie TIMB/CARCPI_3_1.2/2020 zatwierdzone przez odpowiednio:
 - Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 20 stycznia 2020 roku.
 - Dyrekcję Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 20 stycznia 2020 roku. Zmienione uchwałą z dnia 30 września 2021 roku, wchodzą w życie z dniem 1 października 2021 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Grzegorz Jurczyk



Prezes Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
oraz Reprezentant zagranicznego przedsiębiorcy Cardif - Assurances
Risques Divers S.A. Oddział w Polsce

Pierre-Vincent Martin



Członek Zarządu
Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.

Aby zgłosić roszczenie online wejdź na stronę: www.cardif.pl lub napisz na adres: roszczenia@cardif.pl

Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: www.cardif.pl; Telefon: + 48 22 529 17 68

Aby złożyć reklamację napisz na adres: reklamacje@cardif.pl

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa