

Załącznik nr 7 do Aneksu

Załącznik nr 8 do Umowy



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW o indeksie BGŻ/CASHCPI_3_1.0/2015

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BGŻ/CASHCPI_3_1.0/2015 stosuje się w Umowach Ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. i Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, który zawarł Umowę kredytu.

ART 1. DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BGŻ/CASHCPI_3_1.0/2015 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) „**Aneks**”- dokument zmieniający treść Wnioskopolisy, regulujący zasady kontynuacji Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego, nie będącego dotychczas Ubezpieczającym, wstępującego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego objętego Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia na podstawie Wnioskopolisy, z zastrzeżeniem, że dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 2) „**Agent**” – Kredytodawca, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego uprawniony w dokumencie pełnomocnictwa do zawierania i wykonywania Umów ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczyciela;
- 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) „**Czasowa niezdolność do pracy**” – niemożność wykonywania pracy przez Ubezpieczonego, stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca z tej samej przyczyny chorobowej lub wypadkowej nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o Czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- 5) „**Działalność gospodarcza**” – oznacza prowadzenie Działalności gospodarczej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej we własnym imieniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego; z której uzyskiwane są dochody stanowiące główne źródło utrzymania. Za Działalność gospodarczą nie uznaje się działalności wykonywanej okresowo, hobbystycznie lub której głównym celem nie jest przyniesienie dochodu;
- 6) „**Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej**” - dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu i dzień zapłaty Składki, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 2;
- 7) „**Dzień zajścia Zdarzenia**”:
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o Czasowej niezdolności do pracy;
 - c) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z Pobytem w Szpitalu;
- 8) „**Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia**” – dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
- 9) „**Harmonogram spłat**”- dokument opracowany dla potrzeb danej Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu obowiązujący na Dzień zajścia Zdarzenia;
- 10) „**Kredyt**” – kredyt gotówkowy udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 11) „**Kredytobiorca**” – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną Działalność gospodarczą, będąca rezydentem, nierezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu; w przypadku

- udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, postanowienia dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio w stosunku do pozostałych kredytobiorców;
- 12) „Kredytodawca” – Bank BGŻ BNP Paribas S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Kasprzaka 10/16 udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące u Kredytodawcy;
 - 13) „Nieszczęśliwy wypadek” – zdarzenie nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 14) „Ochrona ubezpieczeniowa” – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 - 15) „Okres ubezpieczenia” – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, równy okresowi kredytowania na podstawie Umowy kredytu, nie dłuższy jednak niż 96 miesięcy liczonych od dnia zawarcia Umowy kredytu;
 - 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) „Pakiet” – jeden z dwóch pakietów ubezpieczenia wybierany przez Ubezpieczającego, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 18) „Pobyt w Szpitalu” – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego celem leczenia Choroby lub doznanych obrażeń ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 5 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 19) „Rata kredytu” – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie kredytu, obejmujące kapitał Kredytu i odsetki według przewidzianego Umową kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału;
 - 20) „Rolnik”- osoba fizyczna będąca właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz.U. 2014, poz. 121, z późn. zm.), o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe;
 - 21) „Saldo zadłużenia” – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, wynikające z Umowy kredytu, obejmujące kwotę odpowiadającą sumie:
 - a) kapitału Kredytu pozostałego do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia;
 - b) odsetek według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału Kredytu za okres od Dnia zajścia Zdarzenia, do dnia decyzji o wypłacie Świadczenia nie dłużej niż 120 dni;
 - c) odsetek podwyższonych od niespłaconej części kapitału Kredytu według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, liczonych za okres od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia decyzji o wypłacie Świadczenia nie dłużej niż 90 dni;
 - d) opłat i prowizji przewidzianych Umową kredytu naliczonych w okresie od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, nie dłużej niż 120 dni;
 - 22) „Suma ubezpieczenia” – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 23) „Składka” – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
 - 24) „Status bezrobotnego” – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - 25) „Szpital” – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
 - 26) „Świadczenie” – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
 - 27) „Ubezpieczający” – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który zobowiązuje się do opłacenia Składki;
 - 28) „Ubezpieczony” - Ubezpieczający lub Kredytobiorca inny niż Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wnioskopolisie lub Aneksie;
 - 29) „Ubezpieczyciel” – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio
 - a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa w zakresie Zgonu, Pobytu w Szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy lub
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, w zakresie ryzyka Utraty pracy;
 - 30) „Umowa kredytu” – Umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;

- 31) „Umowa ubezpieczenia” – Umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym oraz pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym;
- 32) „Uposażony” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie lub Aneksie albo innym dokumencie, Uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 33) „Uprawniony” – osoba na rzecz której Ubezpieczony wierzytelności z Umowy ubezpieczenia, wskazana we Wnioskopolisie lub Aneksie albo innym dokumencie, która w przypadku Zdarzenia innego niż Zgon Ubezpieczonego, jest uprawniona do otrzymania Świadczenia;
- 34) „Utrata pracy” – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia lub rozwiązanie stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 35) „Wiek” – liczba ukończonych lat życia przez Ubezpieczonego;
- 36) „Wnioskopolisa” – dokument zawierający oświadczenia, potwierdzający wolę Kredytobiorcy zawarcia lub przystąpienia do Umowy ubezpieczenia oraz potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, przy czym dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 37) „Zdarzenie” – zdarzenie wymienione w niniejszych 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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego lub ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres Ochrony ubezpieczeniowej zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Pakietu, wskazanego we Wnioskopolisie.
3. Zakres ubezpieczenia w ramach **Pakietu A** obejmuje Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, w odniesieniu do Ubezpieczonych posiadających uprawnienia do emerytury i renty stałej bądź będących Rolnikami:
 - a) Zgon,
 - b) Pobyt w Szpitalu.
4. Zakres ubezpieczenia w ramach **Pakietu B** obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonych nie posiadających uprawnienia do emerytury, renty stałej i nie będących Rolnikami:
 - a) Zgon,
 - b) jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od źródła dochodu uzyskiwanego na dzień zajścia Zdarzenia przez Ubezpieczonego:
 - **Czasową niezdolność do pracy** – w przypadku gdy, Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego lub uzyskuje dochód z tytułu prowadzenia własnej Działalności gospodarczej, albo
 - **Utratę pracy** – w przypadku gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, albo
 - **Pobyt w Szpitalu** - w przypadku gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA I OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie ukończył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu Wiek 66 lat.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres udzielania Kredytu, nie dłuższy niż 96 miesięcy liczonych od dnia zawarcia Umowy kredytu.
3. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca będący Ubezpieczającym:
 - a) podpisał Wnioskopolisę;
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu na kwotę nie większą niż 150 000 PLN (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych). W przypadku, gdy Kredytodawca udziela Kredytobiorcy kolejnego Kredytu, Kredytobiorca ten może być objęty dodatkową Ochroną ubezpieczeniową, jeżeli w dniu złożenia wniosku o Kredyt oraz podpisania Wnioskopolisy aktualny kapitał z tytułu wcześniej zawartych przez Kredytobiorcę z Kredytodawcą Umów kredytu z wyłączeniem Umów kredytu, z tytułu których zadłużenie ma być spłacone wnioskowanym Kredytem, łącznie z kwotą początkową wnioskowanego Kredytu nie przekracza kwoty 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
 - c) zobowiązał się do opłacenia Składki.
4. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia
 - a) ukończył 18 rok życia i nie ukończył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu Wiek 66 lat, oraz:
 - b) podpisał Wnioskopolisę, w której wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową i wysokość Sumy ubezpieczenia;

- c) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu na kwotę nie większą niż 150 000 PLN (sto pięćdziesiąt tysięcy złotych). W przypadku, gdy Kredytodawca udziela Kredytobiorcy kolejnego Kredytu, Kredytobiorca ten może być objęty dodatkową Ochroną ubezpieczeniową, jeżeli w dniu złożenia wniosku o Kredyt oraz podpisania Wnioskopolisy aktualny kapitał z tytułu wcześniej zawartych przez Kredytobiorcę z Kredytodawcą Umów kredytu z wyłączeniem Umów kredytu, z tytułu których zadłużenie ma być spłacone wnioskowanym Kredytem, łącznie z kwotą początkową wnioskowanego Kredytu nie przekracza kwoty 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych.
5. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu, występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, (maksymalnie dwóch) Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy..

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie do dnia, przewidzianego w Harmonogramie spłat jako dzień całkowitej spłaty Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - a) w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu;
 - b) sześćdziesiątego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy, Czasowej niezdolności do Pracy lub Pobytu w Szpitalu celem leczenia Choroby.
 - c) w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.
3. W przypadku Zgonu Ubezpieczającego Ochrona ubezpieczenia może być kontynuowana względem Ubezpieczonego (nie będącego dotychczas Ubezpieczającym) w ramach dotychczasowej Umowy ubezpieczenia pod warunkiem wstąpienia w prawa i obowiązki Ubezpieczającego oraz podpisania Aneksu.
4. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami art. 8.
5. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy ubezpieczenia wygasa:
 - a) z upływem Okresu ubezpieczenia na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia;
 - b) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
 - c) w dniu upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia na podstawie wypowiedzenia złożonego przez Ubezpieczającego zgodnie z ust. 10;
 - d) z dniem całkowitej spłaty Kredytu;
 - e) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 9;
 - f) rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy kredytu;w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
7. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa względem danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 66 lat;
 - c) z tytułu Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 66 lat;
8. Niezależnie od postanowień ust. 6 i 7. Niniejszego artykułu Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) z tytułu Utraty pracy - w dniu wypłaty 18 Świadczeń,
 - b) z tytułu Czasowej niezdolności do pracy - w dniu wypłaty 18 Świadczeń,
 - c) z tytułu Pobytu w Szpitalu - w dniu wypłaty 18 Świadczeń.
9. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
10. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia, wypowiedzenie ze skutkiem na koniec miesiąca następującego po miesiącu w którym złożono wypowiedzenie bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta.

ART 5. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.

ART 6. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z ich przystąpieniem do ubezpieczenia, 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 zostali zgłoszeni lub wnioskowali o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony (lub inna osoba występująca z roszczeniem) może składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych wskazanych we Wnioskopolisie lub w Aneksie.
3. Umysłne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. może powoływać się na tę okoliczność w okresie pierwszych trzech lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.

ART 8. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach i warunkach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie lub Aneksie.
2. Składka płatna jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia.
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 w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Wysokość Składki zależna jest od: zakresu udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej, wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu trwania Umowy kredytu.

ART 9. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu:
 - a) Zgonu jest równa Saldu zadłużenia.
 - b) Czasowej niezdolności do pracy, równa jest maksymalnie 18 Ratom kredytu,
 - c) Utraty pracy równa jest maksymalnie 18 Ratom kredytu.
 - d) Pobytu w Szpitalu równa jest maksymalnie 18 Ratom kredytu.
2. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało dwóch Ubezpieczonych, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zajścia Zdarzenia.

ART 10. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 9 ust. 1 pkt a) i ust. 2.
2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości każdorazowo Raty kredytu, wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w okresie Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 5 000 PLN.
3. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie z zastrzeżeniem, gdy w okresie 30 dni do spłaty przypadąby dwie Raty kredytu Ubezpieczyciel wypłaci Ratę kredytu, której data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugą z Rat kredytu Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
4. Każde kolejne Świadczenie należne jest po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie.
5. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi przed upływem 30 dni, od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń po każdym 30 dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w wysokości określonej w ust. 2.
6. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego traktowany jest jako nowe Zdarzenie, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia zgodnie z postanowieniami ust. 3 oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 4 niniejszego artykułu.
7. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 8 Świadczeń na jedno Zdarzenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, przy czym nie więcej niż 18 Świadczeń w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

8. W przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, w wysokości każdorazowo Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 5 000 PLN.
9. W przypadku wystąpienia Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie z zastrzeżeniem gdy w okresie 30 dni do spłaty przypadająby dwie Raty kredytu Ubezpieczyciel wypłaci Ratę kredytu, której data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugą z Rat kredytu Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
10. Każde kolejne Świadczenie należne jest po każdych 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadające do spłaty w tym okresie.
11. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 8 Świadczeń na jedno Zdarzenie z tytułu Utraty pracy przez Ubezpieczonego, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, przy czym nie więcej niż 18 Świadczeń w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
12. W przypadku Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 5 000 PLN.
13. W przypadku Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
14. Każde kolejne Świadczenie należne jest po każdych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie, z zastrzeżeniem że gdy w okresie 30 dni do spłaty przypadająby dwie Raty kredytu Ubezpieczyciel wypłaci Ratę kredytu, której data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugą z Rat kredytu Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
15. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 8 Świadczeń na jedno Zdarzenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu**, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, przy czym nie więcej niż 18 Świadczeń w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
16. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało dwóch Ubezpieczonych, wysokość Świadczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zajścia Zdarzenia.

ART 11. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, powinno ono zostać niezwłocznie zgłoszone bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta, w formie pisemnej np. na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia z zastrzeżeniem ust. 8 niniejszego artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia były oryginałami lub odpisami. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski.
3. W terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczyciela zgłoszenia roszczenia np. w formie wypełnionego Formularza Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel powiadomi o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmie postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia podstaw do wypłaty Świadczenia oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania dotyczącego ustalenia podstaw do wypłaty Świadczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie nie później niż w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osobę zgłaszającą Zdarzenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osobę zgłaszającą Zdarzenie, przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia oraz następujących dokumentów:
 - a) w przypadku Zgonu:

- Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna leczenia szpitalnego, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
- b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
- Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - dowody wypłat (np.: wyciąg bankowy) przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia;
 - 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 (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
- c) w przypadku **Utraty pracy**:
- Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia;
 - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego wraz z datą, od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;
- d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
- Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyty w Szpitalu Ubezpieczonego (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);
 - dokument potwierdzający prowadzenie przez Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia działalności rolniczej w przypadku osób prowadzących działalność rolniczą;
 - zaświadczenie o nabyciu przez daną osobę uprawnień do renty lub emerytury lub inne aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia zaświadczenie odnośnie źródła dochodu otrzymywanego przez Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
9. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu, osoba zgłaszająca Zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
- dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - dokumentację medyczną potwierdzającą dalszy ciąg leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyna kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy;
- b) w przypadku **Utraty pracy**:
- kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz Statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu/dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych;
- c) w- przypadku **Pobytu w Szpitalu**:

- dokumentację medyczną potwierdzającą Pobył w Szpitalu Ubezpieczonego (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
10. W przypadku wskazania przez Ubezpieczonego Uposażonego, Świadczenie z tytułu Zgonu wypłacane jest Uposażonemu. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w Świadczeniu. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych Świadczenie przypada najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności i w częściach:
- współmałżonek Ubezpieczonego,
 - w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka,
 - w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
11. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Utraty Pracy Ubezpieczonego oraz Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłacane jest Ubezpieczonemu. Ubezpieczony może przelać prawo do ww. Świadczenia na osobę trzecią, wówczas to Świadczenie wypłacane jest tej osobie.

ART 12. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła wskutek:
- następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - samobójstwa, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
 - 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,
 - usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - 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, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia,
 - zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 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 **Czasowej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Czasowa niezdolność do pracy, została spowodowana lub zaszła wskutek:
- następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 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,
 - próby samobójstwa,
 - usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 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, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia,
 - poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony,
 - zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 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.
3. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata pracy nastąpiła wskutek:

- a) rozwiązania przez Ubezpieczonego umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy,
 - b) rozwiązania stosunku służbowego lub umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa, 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 lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia w wyniku przyczyn zwinionych przez Ubezpieczonego, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby,
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jaki była zawarta,
 - e) rozwiązania stosunku służbowego lub umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od przystąpienia.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu został spowodowany lub zaszedł wskutek:
- a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - c) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - d) próby samobójstwa,
 - e) 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, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - f) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - g) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - h) 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.

Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w Szpitalu związany był z:

- a) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności,
- b) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
- c) przebywaniem w zakładzie opiekuńczo - leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodku dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodku leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodku zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodku wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.

ART 13. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia 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. 2012, poz. 361, z późn. zm.).
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 14. ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Skargi lub zażalenia mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi, osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela, lub w innej wybranej formie.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia w tej samej formie, w jakiej były one złożone lub w innej formie uzgodnionej z wnoszącym skargę lub zażalenie.
3. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczonemu i Ubezpieczającemu przysługuje prawo odwołania do Rzecznika Ubezpieczonych lub do Miejskiego lub Powiatowego Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ART 15. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenia 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.

ART 16. SYSTEM MONETARNY

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

ART 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BGŻ/CASHCPI_3_1.0/2015 zatwierdzone przez odpowiednio:

- a. Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A uchwałą z dnia 30 kwietnia 2015 roku,
 - b. Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 30 kwietnia 2015 roku,
- wchodzą w życie z dniem 30 kwietnia 2015 roku.