



SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW „Pakiet Życie i Pomoc”

INDEKS: BNPP/CONSUMER_5_3.0/2021

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się co obejmuje Twoje ubezpieczenie, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.



Aby zgłosić roszczenie:

- wypełnij formularz na stronie: www.cardif.pl,
- wyślij e-mail na adres: roszczenia@cardif.pl,
- wyślij na adres Ubezpieczyciela.



Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: www.cardif.pl



Telefon: + 48 22 529 17 09



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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	art. 2 ust. 2 i 3 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 26, 27, 36 art. 4 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 5, 7, 16, 17, 18, 26, 27, 32, 35, 36 art. 9 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 21, 23, 29 art. 10 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 22, 24, 27, 34, 36, 37.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	art. 14 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 5, 26, 36.



Zapoznanie się z definicjami
ułatwi Ci zrozumienie SWU

art. 1

DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców „Pakiet Życie i Pomoc” o indeksie: BNPP/Consumer_5_3.0/2021 i w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Agent** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie składki ubezpieczeniowej; uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży; na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 2) **Centrum Operacyjne** - podmiot, który na podstawie umowy z Ubezpieczycielem dokonuje realizacji Świadczeń medycznych;
 - 3) **Choroba przewlekła:**
 - a) stan chorobowy zdiagnozowany przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia, charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem lub
 - b) choroba stale lub okresowo leczona ambulatoryjnie lub będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 4) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – oświadczenie woli Ubezpieczonego wyrażające zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
 - 5) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia woli wyrażającego zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy kredytu;
 - 6) **Dzień roboczy** - każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 7) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia kredytu, nie wcześniej niż dzień następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 8) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku zgonu - dzień Zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku Hospitalizacji wskutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - c) w przypadku Nieszczęśliwego wypadku - dzień wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego zgodnie z dokumentacją medyczną zawierającą diagnozę sporządzoną przez Lekarza prowadzącego leczenie;
 - d) w przypadku Nagłego zachorowania - dzień wystąpienia Nagłego zachorowania Ubezpieczonego zgodnie z kartą informacyjną leczenia sporządzoną przez Lekarza prowadzącego leczenie;
 - e) w przypadku Trudnej sytuacji losowej – dzień wystąpienia ciężkiego zachorowania Ubezpieczonego, urodzenia martwego dziecka, poronienia, śmierci dziecka, małżonka/partnera lub rodzica Ubezpieczonego;
 - 9) **Kredytobiorca** – podmiot, z którym Bank zawarł Umowę kredytu;
 - 10) **Kredytodawca** (Bank) – BNP Paribas Bank Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 01-211, ul. Kasprzaka 2, udzielający Kredytu;
 - 11) **Hospitalizacja** - pobyt w Szpitalu, trwający nieprzerwanie dłużej niż 24 godziny;
 - 12) **Lekarz** - osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, do udzielania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 13) **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego na skutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku;
 - 14) **Nagłe zachorowanie** - powstały w sposób nagły stan chorobowy, który zagraża życiu lub zdrowiu Ubezpieczonego i który wymaga udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 15) **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie Przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powodujące fizyczne obrażenie ciała u Ubezpieczonego;
 - 16) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w SWU;
 - 17) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, nie dłużej niż 148 miesięcy, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 3-5 SWU;
 - 18) **Pierwotny harmonogram spłat** – harmonogram spłat Rat kredytu, zawarty w Umowie kredytu w dniu jej sporządzenia, uwzględniający wysokość oraz terminy spłat Rat kredytu;
 - 19) **Placówka medyczna** - Szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 20) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie, które było wyłącznym czynnikiem prowadzącym do wystąpienia fizycznych obrażeń ciała, polegające na oddziaływaniu na ciało:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych lub siły grawitacji powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń;
 - b) energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - c) czynników chemicznych – powodujących obrażenia w postaci oparzeń;
 - 21) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat, obejmująca kapitał, prowizję za zawarcie umowy oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;

- 22) **Saldo zadłużenia** – aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Pierwotnego harmonogramu spłat, obejmujące w szczególności kapitał oraz odsetki umowne oraz kwotę kredytowanej Składki;
- 23) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej;
- 24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 25) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarzką 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;
- 26) **Świadczenie medyczne** – świadczenia wymienione w SWU, organizowane i pokrywane przez Ubezpieczyciela w przypadku zajścia w Okresie ubezpieczenia następujących zdarzeń:
- Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego,
 - Nagłego zachorowania Ubezpieczonego,
 - Trudnej sytuacji losowej Ubezpieczonego,
 - Hospitalizacji wskutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego,
- zgodnie z zasadami i limitami określonymi w SWU;
- 27) **Świadczenie pieniężne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu w przypadku zajścia Zgonu;
- 28) **Trudna sytuacja losowa** – ciężkie zachorowanie Ubezpieczonego, urodzenie martwego dziecka, poronienie, śmierć dziecka, małżonka/partnera lub rodzica Ubezpieczonego;
- 29) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 30) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową;
- 31) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78; 00-844 Warszawa;
- 32) **Umowa kredytu** – umowa kredytu ratalnego;
- 33) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 34) **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określony w SWU,

uprawniony do otrzymania Świadczenia pieniężnego z tytułu Zgonu;

- 35) **Wcześniejsza spłata kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat;
- 36) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, jeżeli jego zajście powoduje powstanie prawa do Świadczenia pieniężnego lub Świadczeń medycznych;
- 37) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne w przypadku Zgonu Ubezpieczonego zgodnie z zasadami określonymi w SWU.
- Ubezpieczyciel zorganizuje lub zorganizuje i pokryje koszty Świadczeń medycznych w przypadku:
 - Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego,
 - Nagłego zachorowania Ubezpieczonego,
 - Trudnej sytuacji losowej Ubezpieczonego,
 - Hospitalizacji wskutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, zgodnie z zasadami i limitami określonymi w SWU.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Zgonu świadczona jest na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu Ubezpieczonego.
- Ochrona ubezpieczeniowa w zakresie Świadczeń medycznych świadczona jest wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

- Do ubezpieczenia może przystąpić Kredytobiorca, który ukończył 18 lat i którego wiek łącznie z okresem Ochrony ubezpieczeniowej nie przekracza 80 lat.
- Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - złożył Deklarację ubezpieczeniową;
 - zawarł Umowę kredytu na łączną kwotę brutto wraz ze skredytowaną Składką nie wyższą niż 100.000 zł, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych mu kredytów w Banku, przy zawieraniu których został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400.000 zł;
 - spełnił wymogi dotyczące stanu zdrowia określone w Deklaracji ubezpieczeniowej.
- Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy kredytu może być objętych nie więcej niż dwóch Ubezpieczonych.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do końca Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, nie dłużej niż 148 miesięcy, z zastrzeżeniem ust. 3-5.

art. 2

art. 3

art. 4

2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z Okresem ubezpieczenia.
3. W przypadku Wcześniejszej spłaty kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do ostatniego dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa przed końcem Okresu ubezpieczenia w następujących przypadkach:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 80 lat.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa przed końcem Okresu ubezpieczenia w następujących przypadkach:
 - a) z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) w przypadku nieopłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego, zgodnie z Umową ubezpieczenia;
 - c) w dniu rozwiązania przez Bank Umowy kredytu;w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.
6. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu.

art. 5

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie jej trwania, składając Ubezpieczycielowi np. za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel również za pośrednictwem Agenta otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonym danych kontaktowych do Ubezpieczyciela w celu zgłoszenia roszczenia.

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia pieniężnego oraz realizacji Świadczenia medycznego w wysokości i na zasadach opisanych w SWU.
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 pieniężnego. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przyjęcie do ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
2. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia pieniężnego lub realizacji Świadczenia medycznego. Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia pieniężnego lub Świadczenia medycznego.

art. 8

SKŁADKA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty kredytu i liczby Rat kredytu.
3. W przypadku wcześniejszego wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za niewykorzystany okres Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 9

SUMA UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNEGO

1. Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** równa jest Saldu zadłużenia, przy czym nie więcej niż 100.000 zł.
2. W przypadku Wcześniejszej spłaty kredytu, Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu równa jest kwocie wynikającej z Pierwotnego harmonogramu spłat, przy czym nie więcej niż 100.000 zł.
3. W przypadku Zgonu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w ust. 1 lub ust. 2.
4. W przypadku, gdy z tytułu Umowy kredytu Ochroną ubezpieczeniową zostało objętych więcej niż jeden Ubezpieczony, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zajścia Zdarzenia.

art. 10

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE - SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ ORAZ REALIZACJI ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu jest

art. 11

zobowiązana skontaktować się z Centrum Operacyjnym pod numerem telefonu +48 22 564 06 11 i podać poniższe informacje niezbędne do ustalenia uprawnień Ubezpiezonego do uzyskania Świadczenia medycznego:

- a) dane umożliwiające identyfikację Ubezpiezonego (imię i nazwisko Ubezpiezonego oraz PESEL);
 - b) datę zaistnienia zdarzenia;
 - c) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczonym lub wskazaną przez niego osobą; opis zdarzenia i rodzaj wymaganej pomocy.
2. W celu realizacji Świadczenia medycznego, Ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu zobowiązana jest przestać do Centrum Operacyjnego na adres email: assistance@mondial-assistance.pl lub na adres korespondencyjny: AWP Polska Sp. z o.o., ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa, następujące dokumenty:
- a) dokumentację medyczną potwierdzającą zaistnienie Zdarzenia:
 - kartę informacyjną leczenia sporządzoną przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Nagłym zachorowaniem, lub
 - diagnozę sporządzoną przez Lekarza prowadzącego leczenie, z której jednoznacznie wynika, że powstałe obrażenia ciała lub rozstrój zdrowia są następstwem Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia rehabilitacji.
3. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do weryfikacji przedłożonych przez Ubezpiezonego dokumentów, o których mowa w ust. 2, kontaktując się w tym celu z Placówką medyczną lub Lekarzem prowadzącym leczenie.
4. Na podstawie przekazanych przez Ubezpiezonego dokumentów, o których mowa w ust. 2, Lekarz konsultant Centrum Operacyjnego w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych, licząc od dnia ich otrzymania, poinformuje Ubezpiezonego o tym, czy zaistniałe zdarzenie stanowi Zdarzenie uprawniające do Świadczeń medycznych.
5. W przypadku powzięcia przez Ubezpieczyciela nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności Świadczenia medycznego, w związku ze zgłoszonym roszczeniem o to świadczenie, Ubezpieczyciel w terminie 3 Dni roboczych od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie poinformuje Ubezpiezonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
6. W przypadku nieuznania przez Ubezpieczyciela swojej odpowiedzialności w zakresie wnioskowanego Świadczenia medycznego, Ubezpieczyciel nie później niż w terminie 3 Dni roboczych od otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, pisemnie poinformuje Ubezpiezonego o odmowie przyznania tego świadczenia, wskazując przyczynę odmowy.
7. W przypadku uznania, po otrzymaniu dokumentów, o których mowa w ust. 2 albo ust. 5, odpowiedzialności Ubezpieczyciela w zakresie wnioskowanego Świadczenia medycznego, Ubezpieczyciel niezwłocznie przystąpi do wykonania Świadczeń medycznych.

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - a) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl lub
 - b) wystanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - c) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia udostępnionym na stronie www Agenta i Ubezpieczycielaoraz dołączenie dokumentów wskazanych w SWU.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia pieniężnego (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników lub pełnomocników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia pieniężnego, 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 pieniężnego, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie pieniężne w ciągu 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia pieniężnego lub wysokości Świadczenia pieniężnego okazało się niemożliwe, Świadczenie pieniężne powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia pieniężnego, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia pieniężnego, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpiezonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia pieniężnego.
7. W przypadku, gdy Świadczenie pieniężne nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 oraz Ubezpiezonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na

- okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia pieniężnego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie pieniężne przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia pieniężnego.
 9. Wypłata Świadczenia pieniężnego realizowana jest przekazem pocztowym lub przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu.
 10. W przypadku, gdy należne Świadczenie pieniężne przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualną na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) małżonek Ubezpieczonego,
 - b) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak małżonka Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak małżonka Ubezpieczonego i dzieci,
 - d) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak małżonka Ubezpieczonego, dzieci i rodziców,
 - e) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa - jeśli brak osób wymienionych powyżej.
 11. W celu rozpatrzenia roszczenia z tytułu Zgonu niezbędne jest dołączenie następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego, - dokument określający przyczynę i okoliczności zgonu (np. karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.), - jeżeli do Zgonu doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zgonu (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Zgonu), - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego, - kopia dowodu osobistego osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia pieniężnego, - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

art. 13

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE – ZAKRES, LIMITY

1. Limity Świadczeń medycznych stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego Zdarzenia w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
2. Liczba Zdarzeń nie jest ograniczona limitem.
3. W przypadku, gdy z tytułu Umowy kredytu Ochroną ubezpieczeniową objętych jest dwóch Kredytobiorców, każdemu z nich przysługują Świadczenia medyczne z uwzględnieniem limitów przyznanych danej osobie, wskazanych w poniższej tabeli.

Świadczenia medyczne	Zdarzenie NW - Nieszczęśliwy wypadek NZ - Nagłe zachorowanie	limit kwotowy na każde Zdarzenie	limit ilościowy
<p>Rehabilitacja</p> <p>W razie wystąpienia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w tym koszty honorariów i dojazdów fizjoterapeuty do miejsca pobytu Ubezpieczonego, na podstawie skierowania lub zalecenia rehabilitacji od Lekarza prowadzącego leczenie.</p>	NW/NZ	1.500 zł	bez limitu
<p>Zakup/wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego i transport</p> <p>W razie wystąpienia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, na podstawie zalecenia używania sprzętu rehabilitacyjnego od Lekarza prowadzącego leczenie, zorganizujemy i pokryjemy koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego oraz koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego.</p>	NW/NZ	1.000 zł	bez limitu
<p>Transporty medyczne</p> <p>W razie wystąpienia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu, na podstawie zalecenia transportu od Lekarza prowadzącego leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - do Placówki medycznej - z miejsca pobytu Ubezpieczonego, 	NW/NZ	1.000 zł	bez limitu

<ul style="list-style-type: none"> - pomiędzy Placówkami medycznymi - w przypadku pobytu w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego lub w przypadku skierowania przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, oraz ewentualny transport powrotny, - z Placówki medycznej - do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego. 			
<p style="text-align: center;">Dostawa leków</p> <p>W razie wystąpienia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków przepisanych przez Lekarza prowadzącego leczenie w związku z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem. Warunkiem realizacji świadczenia jest udostępnienie naszemu przedstawicielowi recepty niezbędnej do wykupienia leków. W ramach świadczenia nie pokrywamy kosztów leków.</p>	NW/NZ	300 zł	bez limitu
<p style="text-align: center;">Dostarczenie artykułów spożywczych</p> <p>W razie wystąpienia Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego, zorganizujemy i pokryjemy koszty dostarczenia artykułów spożywczych, gdy zgodnie z zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczony (z uwagi na swój stan zdrowia w związku z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem) nie może opuszczać miejsca pobytu. W ramach świadczenia nie pokrywamy kosztów artykułów spożywczych.</p>	NW/NZ	300 zł	bez limitu
<p style="text-align: center;">Wizyta u psychologa</p> <p>W razie wystąpienia Trudnej sytuacji losowej w życiu Ubezpieczonego, na prośbę Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty wizyty psychologa w miejscu pobytu Ubezpieczonego lub w poradni zdrowia psychicznego.</p>	Trudna sytuacja losowa	700 zł	bez limitu
<p style="text-align: center;">Pomoc domowa po Hospitalizacji</p> <p>Po zakończeniu Hospitalizacji Ubezpieczonego w związku z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w tym koszty honorariów i dojazdów pomocy domowej do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Świadczenie obejmuje - zrobienie zakupów artykułów spożywczych i środków higieny, porządków domowych, dostawę/przygotowanie posiłków, opiekę nad zwierzętami domowymi (psami lub kotami), podlewanie kwiatów. Nie pokrywamy kosztów artykułów spożywczych, środków higieny ani innych materiałów używanych w ramach sprawowania pomocy domowej.</p>	Hospitalizacja wskutek NW/NZ	1.000 zł	bez limitu
<p style="text-align: center;">Pomoc pielęgniarki po Hospitalizacji</p> <p>Po zakończeniu Hospitalizacji Ubezpieczonego w związku z Nagłym zachorowaniem lub Nieszczęśliwym wypadkiem, zorganizujemy i pokryjemy koszty opieki pielęgniarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w tym koszty honorariów i dojazdów pomocy domowej do miejsca pobytu Ubezpieczonego. Świadczenie obejmuje czynności pielęgniarskie w zakresie możliwym do wykonania w miejscu pobytu Ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniem od Lekarza prowadzącego leczenie. W ramach świadczenia nie pokrywamy kosztów leków, środków medycznych ani innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej.</p>	Hospitalizacja wskutek NW/NZ	1.000 zł	bez limitu

Zdarzenie	Wyłączenia
Zgon	<p>W przypadku Zgonu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, - czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, - usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,

	<ul style="list-style-type: none"> - zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądowego lub promieniotwórczość.
<ul style="list-style-type: none"> • Nagłe zachorowanie • Nieszczęśliwy wypadek • Trudna sytuacja losowa • Hospitalizacja wskutek Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku 	<p>W ramach Świadczeń medycznych nie są pokrywane następujące koszty związane ze Zdarzeniem lub organizowanymi świadczeniami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - leczenia stomatologicznego, bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego, - świadczeń i usług medycznych realizowanych poza terytorium Rzeczypospolitej Polski, - wypłaty zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę. <p>Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do opóźnienia w wykonaniu Świadczenia medycznego na skutek:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oficjalnie ogłoszonej epidemii, pandemii, klęski żywiołowej, strajków, niepokoїв społecznych, zamieszek, aktów terroryzmu, sabotażu, wojny, wojny domowej, promieniowania radioaktywnego, - udokumentowanego działania siły wyższej. <p>W przypadku Świadczeń medycznych odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona jeżeli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ubezpieczony działał umyślnie lub doprowadził do rażącego niedbalstwa, chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności lub zasadom współżycia społecznego, - Ubezpieczony popełnił przestępstwo umyślne stwierdzone na podstawie prawomocnego wyroku sądu lub jeżeli usiłował popełnić przestępstwo, - do zdarzenia doszło przed przystąpieniem do ubezpieczenia, - Ubezpieczony umyślnie się samookaleczył lub usiłował popełnić samobójstwo, - zdarzenie było spowodowane działaniami wojennymi, stanem wojennym, stanem wyjątkowym, wybuchem nuklearnym, epidemią, pandemią, wyciekami, zanieczyszczeniami, skażeniami, reakcją jądową, skażeniem spowodowanym bronią jądową lub promieniotwórczością, strajkami, lokautami, aktami terroryzmu, sabotażem, buntem, rozruchami, rewolucją, powstaniem, zamieszkami społecznymi i wojskowymi, wojną, wojną domową, a także konfiskatą, nacjonalizacją, przetrzymywaniem, zarekwirowaniem i zniszczeniem mienia, - zdarzenie było spowodowane spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy przeciwdziałaniu narkomanii, o ile zdarzenie pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych substancji, - zdarzenie było spowodowane zażyciem przez Ubezpieczonego leków niezarejestrowanych przez Lekarza lub których Ubezpieczony użył niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile zdarzenie pozostawało w bezpośrednim związku przyczynowo-skutkowym ze spożyciem tych leków, - zdarzenie było spowodowane leczeniem eksperymentalnym Ubezpieczonego, nie potwierdzonym badaniami, - zdarzenie było spowodowane wadami wrodzonymi zdiagnozowanymi u Ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, - zdarzenie było spowodowane zarażeniem się HIV lub chorobami przekazywanymi drogą płciową, zachorowaniem na AIDS, - zdarzenie wynikało ze zdiagnozowanej u Ubezpieczonego Choroby przewlekłej, - zdarzenie było spowodowane nieprzestrzeganiem przez Ubezpieczonego zaleceń Lekarza prowadzącego leczenie, - Ubezpieczony brał udział w wyścigach lub rajdach samochodowych w roli kierowcy, pomocnika kierowcy lub pasażera pojazdów silnikowych, - Ubezpieczony prowadził pojazd bez uprawnień do prowadzenia pojazdu, chyba że, brak posiadania uprawnień nie miał wpływu na powstanie zdarzenia, - zdarzenie było spowodowane wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego licencjonowanych linii lotniczych, - Ubezpieczony uczestniczył w bójce, chyba że działał w obronie koniecznej, - Ubezpieczony uprawiał sport zawodowo, co było powodem wystąpienia zdarzenia, - Ubezpieczony uprawiał następujące sporty: sporty motorowe i motorowodne, sporty powietrzne, szybownictwo, baloniarstwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, heliskiing, heliboarding, uczestniczenia w wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi (pustynia, góry powyżej 4000 m n.p.m., busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego), downhill rowerowy, wspinaczka wysokogórska, skalna, skałkowa, lodowa, speleologia, skoki narciarskie, skoki akrobatyczne na nartach lub desce snowboardowej, jazda poza wyznaczonymi trasami, zjazdy ekstremalne, kajakerstwo górskie, rafting, - zdarzenie było spowodowane oficjalnie ogłoszoną klęską żywiołową, - zdarzenie było spowodowane użyciem biologicznych lub chemicznych materiałów, substancji lub składników w celu spowodowania zagrożenia życia lub zdrowia ludzkiego,

- zdarzenie wynikało z zaburzeń psychicznych, zakwalifikowanych w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).

art. 15

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi pisemnie, w siedzibie Ubezpieczyciela, 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 reklamacje 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 w miejscu wskazanym w ust. 1 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, 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 fizycznej składającej reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 16

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Opodatkowanie świadczeń pieniężnych

1. 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. z 2020 r. poz. 1426, z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z podatku zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wskazanej ustawie.
2. 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 2020 r., poz. 1406, z późn. zm.).

Rozstrzyganie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
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).

4. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowej rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

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.

Pozostałe

1. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
3. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2019r. poz. 1480 z późn. zm.) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
4. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2019 poz. 2214 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.
5. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców „Pakiet Życie i Pomoc” oindeksie BNPP/ Consumer_5_3.0/2021 weszły w życie z dniem 12 kwietnia 2021 roku, zmienione z dniem 1 października 2021 roku.