

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE BGZBNP/REVOLVINGCPI_3_2.3/2017

Drogi Kliencie,

zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych OWU 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
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	ART. 12
3. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	ART. 8

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BGZBNP/REVOLVINGCPI_3_2.3/2017 stosuje się do Umowy ubezpieczenia Kredytobiorców, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym.



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

- 1) **Agent** – Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01–211), ul. Kasprzaka 10/16, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej:**
 - a) w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia wraz z Umową kredytu – dzień uruchomienia Kredytu, pod warunkiem podpisania Wnioskopoliisy;
 - b) w przypadku podwyższenia Przyznanego limitu kredytowego w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, w stosunku do kwoty, o którą podwyższono dotychczasową Sumę ubezpieczenia – pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia następujący bezpośrednio po dniu uruchomienia nowego limitu kredytowego (**Dzień podwyższenia Sumy ubezpieczenia**);
- 3) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopoliisy przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
- 4) **Dzień zajścia Zdarzenia:**
 - a) w przypadku **Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w OWU;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 5) **Kredyt** – kredyt odnawialny, dostępny dla posiadaczy Rachunku Bieżącego, pozyskiwany na okres 12 miesięcy, z funkcją jego automatycznego przedłużenia na kolejne 12 miesięczne okresy, udzielany zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy
- 6) **Kredytobiorca** – Posiadacz rachunku (osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska), który pozyskał limit kredytowy udostępniony w ramach kredytu odnawialnego w Rachunku Bieżącym;
- 7) **Kredytodawca (Bank)** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A., z siedzibą w Warszawie, (kod pocztowy 01–211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 8) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
- 9) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU;
- 10) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, rozpoczynający się z Dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, trwający nieprzerwanie przez 12 miesięcy, – pod warunkiem, iż ochrona nie ulegnie skróceniu (zgodnie z Art. 4 OWU). Okres ubezpieczenia jest automatycznie wznawiany na kolejne 12 miesięczne okresy ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za kolejny okres ubezpieczenia;
- 11) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 12) **Pakiet** – jeden z pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 13) **Posiadacz Rachunku Bieżącego** – Posiadacz rachunku – osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, która zawarła z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. Umowę Rachunku Bieżącego;
- 14) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniami histopatologicznymi przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN–1, CIN–2, CIN–3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według kla-

syfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.; nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;

- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
- choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
- przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;

b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);

c) **udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniami specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;

d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;

e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.

Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

15) **Przyznany limit kredytowy** – maksymalny limit kredytowy, udostępniony na podstawie Umowy kredytu, na jaki Posiadacz rachunku może się zadłużyć oraz który może wykorzystywać wielokrotnie, zmiana wysokości Przyznanego limitu kredytowego wymaga podpisania przez Posiadacza rachunku aneksu do Umowy kredytu;

16) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;

17) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;

18) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

19) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku zajścia Zdarzenia;

20) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do zapłaty Składki;

21) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, będący osobą fizyczną prowadzącą dzia-

lalność gospodarczą lub rolniczą, lub osoba wskazana przez Kredytobiorcę będącego spółką cywilną, jawną lub partnerską osoba będąca współnikiem przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia; objęta Ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU, która została wskazana we Wnioskopolisie;

- 22) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardiff Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2;
- 23) **Umowa Rachunku Bieżącego** – umowa rachunku bankowego zawarta przez Posiadacza Rachunku Bieżącego z Bankiem;
- 24) **Umowa kredytu** – umowa o udzielenie Kredytu w rachunku bieżącym, zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodna z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy, określająca m.in. wysokość Przyznanego limitu kredytowego;
- 25) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 26) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określona w OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 27) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określona w OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych niż Zgon i Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 28) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia;
- 29) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 30) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 31) **Zgon** – zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 32) **Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo-skutkowy.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, w zależności od wybranego Pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej. Wybrany przez Ubezpieczonego Pakiet wskazany jest we Wnioskopolisie.

(Pakiet zawiera ryzyka, które w poniższej tabeli są oznaczone ciemniejszym kolorem):

Nazwa pakietu	Zgon	Zgon w następstwie NW	Poważne zachorowanie
Pakiet A			
Pakiet B			
Pakiet C			

3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Posiadaczem Rachunku Bieżącego – Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu 75 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) podpisał Wnioskopolisę;
 - b) spełnił wymogi dotyczące stanu zdrowia określone we Wnioskopolisie
 - c) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu, w ramach której kwota Przyznanego limitu kredytowego nie przekracza 250.000,00 PLN, z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych kredytów i pożyczek w Banku, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 250.000,00 PLN;
 - d) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
3. W przypadku, gdy Kredytobiorcą jest spółka jawna lub partnerska, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy współnicy Kredytobiorcy.

4. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca będący osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub rolniczą, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy.
5. W przypadku, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia Przyznanym limit kredytowy ulegnie podwyższeniu do kwoty nieprzekraczającej 250.000,00 zł Suma ubezpieczenia ulega podwyższeniu do kwoty nowo przyznanego limitu kredytowego z pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia następującego po Okresie ubezpieczenia, w którym nastąpiło podwyższenie limitu kredytowego.
6. Do czasu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w ramach nowego limitu kredytowego, o którym mowa w ust. 5, Suma ubezpieczenia jest równa wysokości ostatniego Przyznanego limitu kredytowego z zastrzeżeniem Art. 9 ust. 6.
7. W ramach jednej Umowy kredytu Kredytobiorca może zostać objęty Ochroną ubezpieczeniową wyłączenie w ramach jednej Wnioskopolisy.



Jak długo trwa Twoja ochrona?

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na okres odpowiadający Okresowi ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy. Okres ubezpieczenia przedłużany jest automatycznie na kolejny 12 miesięczny okres, pod warunkiem, że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres. Warunkiem i potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia ochrony na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata Składki.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłaconą Składka zgodnie z postanowieniami Art. 8.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego, wygasa:
 - a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku Poważnego zachorowania – w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat,
 - d) w dniu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Kredytobiorcę będącym spółką jawną lub partnerską ze współnikiem tej spółki będącym Ubezpieczonym
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - a) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu;
 - b) w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przez Ubezpieczonego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji;
 - c) z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia lub w przypadku braku opłacenia Składki przez Ubezpieczającego za kolejny Okres ubezpieczenia w dniu, w którym zapłata Składki była wymagana;
 - d) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - e) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
 - f) w dniu zamknięcia Przyznanego limitu kredytowego;
 W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, wszyscy Ubezpieczeni w ramach danej Umowy Kredytu będą traktowani jak osoby nieubezpieczone.
5. W przypadkach opisanych w ust. 3 lit. a), b) oraz c) Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w pierwszym dniu Okresu ubezpieczenia, w którym nastąpił odpowiednio Zgon, Poważne zachorowanie albo ukończenie przez Ubezpieczonego 75 roku życia. Od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia następującego po okresie, w którym nastąpiły wyżej wymienione zdarzenia, Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby pozostałych Ubezpieczonych.
6. W przypadku opisanych w ust. 3 lit. d) Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w dniu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Kredytobiorcę z danym Ubezpieczonym.
7. W przypadkach innych niż opisane w ust. 3 i 4, gdy w trakcie trwania

- Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy kredytu łączący Kredytodawcę z którymkolwiek z Ubezpieczonych lub stosunek prawny, wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Ubezpieczonego wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową w dniu rozwiązania stosunku prawnego wynikającego odpowiednio z Umowy kredytu lub Umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy zdarzenia opisane w ust. 5 i 7 powyżej dotyczą Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem odmiennych regulacji dotyczących cesji z Umowy ubezpieczenia, o której mowa we Wnioskopolisie, Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w dniu rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczającego odpowiednio z Kredytodawcą lub Ubezpieczycielem.

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

SKŁADKA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach i warunkach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i naliczana jest od wysokości Przyznanego limitu kredytowego.
3. W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony Ubezpieczeniowej.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

WYPOWIEDZENIE I Odstąpienie od Ochrony Ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi, pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone również Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje z upływem okresu wypowiedzenia, tj. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia. Otrzymanie przez Agenta wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu. Otrzymanie przez Agenta oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
4. Odstąpienie, wypowiedzenie lub rezygnacja z Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Agenta rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela. Ochrona ubezpieczeniowa w takim przypadku wygasa zgodnie z treścią Art. 4 ust 4 lit. b).

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** równa jest wysokości Przyznanego limitu kredytowego, obowiązującego w Dniu zajścia zdarzenia, przy czym wartość ta nie może przekroczyć 250.000,00 zł
2. Suma ubezpieczenia z tytułu **Poważnego zachorowania** równa jest wysokości Przyznanego limitu kredytowego, obowiązującego w Dniu zajścia zdarzenia, przy czym wartość ta nie może przekroczyć 250.000,00 zł, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. W przypadku, o którym mowa w Art. 1 pkt 2 lit. b), odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Poważnego zachorowania w zakresie kwoty, o którą została podwyższona Suma ubezpieczenia, rozpoczyna się po upływie 90 dni od Dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** równa jest wysokości Przyznanego limitu kredytowego, obowiązującego w Dniu zajścia zdarzenia, przy czym wartość ta nie może przekroczyć 250.000,00 zł
5. W przypadku Pakietu C, gdy Zgon nastąpi w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu Zgonu oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym suma Świadczeń nie może przekroczyć 500.000,00 zł
6. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem Art. 4.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** oraz **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 9 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3. dla Poważnego zachorowania.
2. W przypadku podjęcia przez Ubezpieczyciela pozytywnej decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
3. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, kwota, o której mowa w Art. 9 ust. 2 wynosi 5% Przyznanego limitu kredytowego, jednak nie więcej niż 500,00 PLN.
4. W przypadku, gdy należne Świadczenie z tytułu Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przewyższa kwotę salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu wyliczonego przez Bank na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest w sposób proporcjonalny następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - b) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - d) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - e) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
5. W przypadku, gdy należne Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania przewyższa kwotę salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu wyliczonego przez Bank na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest podmiotowi uprawnionemu wskazanemu we Wnioskopolisie.

art. 9

art. 10

OBOWIĄZKI UBEZPIECZĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczony obowiązany jest podpisać Wnioskopolisę na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić 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.
5. Wniosek o wypłatę Świadczenia Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich

art. 6

art. 7

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wskazane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 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 lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> – 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.) – jeżeli do zdarzenia doszło w następstwie nieszczęśliwego wypadku – dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia) – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia
Zgon w następstwie NW	<ul style="list-style-type: none"> – 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) – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań – jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie nieszczęśliwego wypadku – 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 niezbędne do rozpatrzenia roszczenia



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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"> – następstwami i konsekwencjami chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia – następstwami i konsekwencjami chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce przed Dniem podwyższenia Sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższono Sumę ubezpieczenia – samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia – samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższono Sumę 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

Zgon	<ul style="list-style-type: none"> – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem 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 zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość
Zgon w następstwie NW	<p>W przypadku Zgonu w następstwie NW odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 – pozostawianiem 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 zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość – wypadek lotniczy, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych
Poważne zachorowanie	<p>W przypadku Poważnego zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – następstwami i konsekwencjami chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, a w przypadku podwyższenia Sumy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia – następstwami i konsekwencjami chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce przed Dniem podwyższenia Sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do kwoty, o którą podwyższono Sumę ubezpieczenia – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem 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 zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość

art. 13

ROZPATRYWANIE SKARG

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

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 ubezpieczeniowe nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.

3. W przypadku osób prawnych, Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

Rozstrzygnięcie sporów

4. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
5. Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

System monetarny

6. 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

7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
9. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie [BGZBNP/REVOLVINGCPI_3_2.3/2017](#) zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 23 czerwca 2017 roku, wchodzi w życie z dniem 23 czerwca 2017 roku.

Pascal Perrier –
Członek Zarządu



art. 14

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Opodatkowanie świadczeń

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane