

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW o indeksie BNPP/CASHCPI_3_4.1/2015

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, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia. | art. 2 ust. 2 |
| 2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia. | art. 13 ust. 1 pkt a i b, ust. 3 pkt a, ust. 4 pkt a, ust. 7 pkt a |
| 3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia. | art. 13 |
| 4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania. | art. 9 |
| 5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. | nie dotyczy |
| 6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje. | nie dotyczy |



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem **BNPP/CASHCPI_3_4.1/2015** stosuje się do Umowy Ubezpieczenia, tj.:

- Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców (zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym,
- Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, zwanych dalej łącznie „Umową Ubezpieczenia”.

art. 1

DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie **BNPP/CASHCPI_3_4.0/2015** (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – przedsiębiorca, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **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;
- 4) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu;
- 5) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopoliisy przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
- 6) **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 **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - d) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (co najmniej równy czasowi trwania Umowy kredytu), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - e) w przypadku **Pobytu w Szpitalu oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - f) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych 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;
- 7) **Harmonogram spłat** – dokument opracowany przez Kredytodawcę dla potrzeb danej Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat kredytu, obowiązujący na Dzień zajścia Zdarzenia;
- 8) **Kredyt** – kredyt gotówkowy (w tym kredyt konsolidacyjny, kredyt restrukturyzacyjny zabezpieczony hipoteką oraz kredyt restrukturyzacyjny niezabezpieczony) udzielany przez Kredytodawcę, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
- 10) **Kredytodawca (Bank)** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A., z siedzibą w Warszawie, z siedzibą w Warszawie, (kod pocztowy 01-211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przy-

czyną zewnętrzną, niezależną od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;

- 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela trwający nieprzerwanie jeden miesiąc i automatycznie wznowiany na kolejne miesięczne okresy ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego Składki za kolejny Okres ubezpieczenia, oraz nie złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny miesiąc.
- 14) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej)
- 15) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
- 16) **Ośrodek** – placówki, zakłady, centra, oddziały, pododdziały, kliniki oraz wszelkie inne podmioty, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezależnie od stosowanego nazewnictwa oraz przynależności administracyjnej lub organizacyjnej;
- 17) **Pakiet** – jeden z pakietów określających zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 18) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia choroby lub doznanych obrażeń ciała wskutek 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) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną określoną w OWU, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała wskutek 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;
- 20) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage IA) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji 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 zróznicowane 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 mar-



twicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych w krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);

- c) **udar mózgu** – nagle w efekcie, trwale 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 niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
- e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, 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 lub 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 lub 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;
- 21) **Prolongata** – oznacza przedłużenie okresu spłacania Kredytu (zgodnie z warunkami udzielenia kredytu ustalonymi przez Kredytodawcę);
- 22) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Harmonogramie spłat załączonym do Umowy kredytu, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
- 23) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia;
- 24) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości 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;
- 25) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 26) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 27) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 28) **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;

- 29) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 30) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem choroby lub nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 31) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
- 32) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub każdy inny Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 33) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawie w zakresie ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub,
 - Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawie w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 34) **Umowa kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 35) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
- 36) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
- 37) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku Zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego lub Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
- 38) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (co najmniej równy czasowi trwania Umowy kredytu), z ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 39) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia;
- 40) **Wnioskopolis** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 41) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskania o wypłatę Świadczenia;
- 42) **Zgon** – zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 43) **Zgon wskutek 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.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszyły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - Pakiet A1**
 - Zgon.**
 - Pakiet A2**
 - Zgon,**
 - Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,** oraz
 - jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu pozyskiwanego przez Ubezpieczonego:**
 - Czasową niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, krótszy niż czas trwania Umowy kredytu, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo
 - Utratę pracy** – w przypadku gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku

art. 2



służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony co najmniej równy czasowi trwania Umowy kredytu, albo

- **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**
- w przypadku gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.

3) **Pakiet A3**

- a) **Zgon,**
- b) **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku.**
- c) **Poważne zachorowanie**

4) **Pakiet A4**

- a) **Zgon,**
- b) **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
- c) **Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy, oraz**
- d) **jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu (tj. aktualnego rodzaju zawartej umowy) pozyskiwanego przez Ubezpieczonego:**

- **Czasową niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, krótszy niż czas trwania Umowy kredytu, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo

- **Utratę pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony co najmniej równy czasowi trwania Umowy kredytu, albo

- **Pobyt w Szpitalu** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.

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

art. 3

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu 75 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) podpisał Wnioskopolisę;
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu na kwotę nie większą niż 200 000 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych) z zastrzeżeniem iż łączna suma udzielonych kredytów oraz pożyczek, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty ubezpieczeniem, nie może przekroczyć 200000 PLN (słownie: dwieście tysięcy złotych); oraz
 - c) Ubezpieczający opłacił Składkę w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
3. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu przystąpiło do Kredytu kilku Kredytobiorców Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie osoby, chyba że któryś z Kredytobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i w ust. 2 lit. a) lub w ust. 2 lit. a) i b) niniejszego artykułu.

art. 4

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie przez miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochronę ubezpieczeniową w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
 - b) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - c) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - d) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - e) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - f) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy;
 - g) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożo-

zonym przez Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami Art. 5; h) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;

i) w przypadku odstąpienia od Umowy kredytu;

j) w dniu całkowitej spłaty Kredytu;

4. W przypadku Prolongaty odpowiedzialność Ubezpieczyciela trwa do ostatniego dnia okresu kredytowania, z uwzględnieniem wydłużenia Umowy kredytu na skutek Prolongaty.

5. 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.

6. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu Ubezpieczeni w ramach danej Umowy kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.

7. W przypadku, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny łączący formalnie Kredytodawcę z którymkolwiek z Kredytobiorców ulegnie rozwiązaniu Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Kredytobiorcy wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Kredytobiorców kontynuowana jest na zasadach wskazanych w niniejszych OWU. Suma ubezpieczenia, w odniesieniu do pozostałych Kredytobiorców, dzielona jest proporcjonalnie na pozostałych Kredytobiorców.

8. W przypadku, gdy w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej stosunek prawny łączący formalnie Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych (w ramach danej Umowy kredytu) objętych Ochroną ubezpieczeniową ulegnie rozwiązaniu, ubezpieczenie w stosunku do pozostałych osób wygasa.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

art. 5

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. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1, w takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o niniejszym odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

art. 6

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

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

art. 7

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 objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

art. 8

1. Ubezpieczony obowiązany jest podpisać Wnioskopolisę na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (lub inny Uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela 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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od daty objęcia Ochroną ubezpieczeniową, a udzie-



lenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

art. 9

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo cała za Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości Raty kredytu oraz wybranego Pakietu.

art. 10

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Dla Pakietu A1 i A2 oraz Pakietu A3 wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy równa jest kwocie Salda zadłużenia, zgodnie z Harmonogramem spłat, przy czym nie więcej niż 200.000 PLN, z zastrzeżeniem ust.5 niniejszego artykułu.
2. Dla Pakietu A4 wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu wynosi 130% kwoty Salda zadłużenia, zgodnie z Harmonogramem spłat, przy czym nie więcej niż 200.000 PLN, natomiast wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy równa jest kwocie Salda zadłużenia, zgodnie z Harmonogramem spłat, przy czym nie więcej niż 200.000 PLN, z zastrzeżeniem ust.5 niniejszego artykułu.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania równa jest kwocie Salda zadłużenia, zgodnie z Harmonogramem spłat, przy czym nie więcej niż 200.000 PLN z zastrzeżeniem ust.5 niniejszego artykułu.
4. W czasie udzielania nieprzerwanego Ochrony ubezpieczeniowej podczas całego okresu trwania Umowy kredytu wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy albo Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu w Szpitalu równa jest, maksymalnie kwocie równoważności 12 Rat kredytu (w rozumieniu niniejszych OWU), przy czym nie więcej niż 12 000 PLN, z zastrzeżeniem ust.5 niniejszego artykułu.
5. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zajścia Zdarzenia.

art. 11

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Art. 10 ust. 1, 2 oraz 3 z zastrzeżeniem ust. 5 w Art. 10.
2. W przypadku, gdy **Poważne zachorowanie** Ubezpieczonego nastąpi w czasie pierwszych 90 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 5% kwoty Salda zadłużenia pozostającego do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 50 PLN.
3. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku, gdy **Czasowa niezdolności do pracy** nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości 5% jednej Raty kredytu, jednak nie więcej niż 50 PLN, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy.
5. W przypadku natomiast, gdy Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi po 60 dniach wskazanych w ust. 4 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego Czasowo niezdolnym do pracy.
6. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy, nastąpi przed upływem 30 dni, od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń (w wysokości określonej w ust. 4 lub 5 w zależności od tego w jakim terminie nastąpiła pierwsza Czasowa niezdolność do pracy) po każdym 30 dniach Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z postanowieniami ust. 4 lub 5 niniejszego artykułu.
7. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 5 niniejszego artykułu.
8. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu (w wysokości zgodnej z ust. 4 lub 5), bez względu na liczbę Zdarzeń (Czasowych niezdolności do pracy) w całym czasie nieprzerwanego Świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1000 PLN.
9. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu z zastrzeżeniem ust. 10.
10. W przypadku, gdy **Utrata pracy** nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości 5% jednej Raty kredytu, jednak nie więcej niż 50 PLN, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku.
11. W przypadku natomiast, gdy Utrata pracy nastąpi po 60 dniach wskazanych w ust. 10 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku.
12. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu (w wysokości zgodnej z ust. 10 lub 11), bez względu na liczbę Zdarzeń (przypadków Utraty pracy) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1000 PLN.
13. W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu z zastrzeżeniem ust.14.
14. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości 5% jednej Raty kredytu, jednak nie więcej niż 50 PLN, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
15. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu w czasie o którym mowa w ust. 13 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, każdorazowo w wysokości 5% jednej Raty kredytu, jednak nie więcej niż 50 PLN, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
16. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu nastąpi po 60 dniach licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
17. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu w czasie o którym mowa w ust. 16 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
18. W przypadku Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (trwającego nieprzerwanie 5 dni), Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 5 dniach nieprzerwanego Pobytu o w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
19. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 18 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
20. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń (Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1000 PLN.
21. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) Ubezpieczony,
 - b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.



SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio 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 niniejszego artykułu.
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, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na jęz. polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, 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 wskutek Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - 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 ze szpitala, 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 **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - odpis aktu Zgonu Ubezpieczonego;
 - c) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - odpowiednie orzeczenie w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
 - 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);
 - d) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań,
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - e) 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 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);
 - f) 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 w Dniu zajścia Zdarzenia,
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
 - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia,
 - g) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);



- 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);
- h) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
- Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - 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);
 - 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,
 - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz kolejnego miesięcznego Świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające przewidywany okres przerwy w pracy,
 - dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa – 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;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**
 - dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
- ciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku został spowodowany lub zaszedł wskutek:
- a) 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,
 - b) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - c) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) 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,
 - e) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych;
3. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli czasowa niezdolność do pracy lub trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:
- a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) 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,
 - c) próby samobójstwa,
 - d) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) 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,
 - g) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
 - g) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
4. W przypadku **Poważnego Zachorowania** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) Następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) 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,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. Prawo do otrzymania Świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego (raka) nie przysługuje w przypadku, jeśli:
- a) przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - b) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - c) rozpoznanie Nowotworu złośliwego (raka) było poprzedzone objawami chorobowymi, które wystąpiły po raz pierwszy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
- a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, 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, umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji

art. 13 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpieczonego został spowodowany lub zaszedł wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
 - c) 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,
 - d) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - 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,
 - f) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
2. W przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczy-



- Świadczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
- 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. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
- 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. z 2014 r., poz. 851, z późn. zm.).

ROZPATRYWANIE SKARG

- 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.
- 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.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego Artykułu, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia udzielenie odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
- Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
- W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
- Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 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.
- Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wypełnienia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
- Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę, zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
- 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.
- Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

- W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- 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.
- Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o posądkowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl)

pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;

- rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte,
 - rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu został spowodowany lub nastąpił wskutek:
- następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 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,
 - usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - próby samobójstwa,
 - samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 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,
8. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w Szpitalu związany był z:
- przebywaniem w zakładzie opiekuńczo–leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala,
 - sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności,
 - poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
9. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku został spowodowany lub zaszedł wskutek:
- 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,
 - samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo–leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.



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.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Kredytobiorców o indeksie [BNPP/CASHCPI_3_4.1/2015](#) zatwierdzone przez odpowiednio:
 - a) Zarząd Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 30 marca 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 roku z późniejszymi zmianami,
 - b) Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 30 marca 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia roku, zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 15 grudnia 2015 roku z późniejszymi zmianami.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

