

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DLA KREDYTOBIORCÓW o indeksie VW/CARCPI_3_1.3/2015

| 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 a i b; ust. 3 a, art. 4 ust 2 b, art. 11 ust. 6 |
| 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 dla Kredytobiorców oznaczone indeksem **VW/CARCP1_3_1.3/2015** stanowią integralną część (Umowy Ubezpieczenia), tj. Umowy Ubezpieczenia dla Kredytobiorców zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwaną dalej „Umową Ubezpieczenia”.

art. 1

DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia dla Kredytobiorców o indeksie **VW/CARCP1_3_1.3/2015** (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – Volkswagen Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, (kod pocztowy 00-124), ul. Rondo ONZ 1, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności agencyjne polegające w szczególności na zawieraniu i obsłudze ubezpieczeń;
- 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) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia kredytu;
- 4) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wniosko-polisy przez Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
- 5) **Dzień zajścia zdarzenia** –
 - a) w przypadku **zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu za dzień zajścia Niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) 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;
- 6) **Harmonogram** – dokument wystawiony imiennie dla danego Kredytobiorcy, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych należnych rat kredytu z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej raty kredytu;
- 7) **Kredyt** – kwota zobowiązania wynikająca z umowy zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na mocy której Kredytodawca zobowiązuje się oddać do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony kwotę środków pieniężnych z przeznaczeniem na ustalony cel, a Kredytobiorca zobowiązuje się do zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu na warunkach określonych w umowie.
 - a) Kredyt standardowy – kredyt, którego raty spłacane są miesięcznie, zgodnie z Harmonogramem, udzielany na okres maksymalny 84 miesięcy;
 - b) Kredyt z ratą balonową – kredyt, w którym Harmonogram spłaty oprócz rat kapitałowo-odsetkowych płaconych okresowo przewiduje dodatkowo spłatę raty balonowej (czyli części kapitału lub kapitału i odsetek) na koniec okresu kredytowania;
 - c) Kredyt z rocznymi ratami – kredyt, w którym Harmonogram przewiduje spłaty rat co 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia Umowy kredytu.
- 8) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu. W rozumieniu niniejszych OWU przez Kredytobiorcę należy rozumieć także Współkredytobiorcę;
- 9) **Kredytodawca** – Volkswagen Bank Polska S.A. udzielający kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 11) **Niezdolność do pracy** – stan niesprawności spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagający stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, trwający przez okres co najmniej 6 miesięcy od daty wypadku, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz wygasający zgodnie z Artykułem 4 ust. 5;
- 14) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 15) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji na okres co najmniej 6 miesięcy (orzeczenia na okresy krótsze niż 6 miesięcy nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu;
- 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) **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 stopnia 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 klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomiokowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne różnicowane 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 jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru 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** – nagle w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny mi 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 rezonansem magnetycznym 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 wszczęcie pomostu omi-



jającego. 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 potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

- 18) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie załączonym do Umowy kredytu, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone na nieprzeterminowanej części kapitału;
- 19) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą na Dzień zajścia zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia zdarzenia, z wyłączeniem odsetek karnych oraz innych należności;
- 20) **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;
- 21) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 22) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 23) **Świadczenie ubezpieczeniowe** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 24) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej;
- 25) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU wskazany we Wniosko-polisie;
- 26) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawie w zakresie ryzyka zgonu, niezdolności do pracy oraz poważnego zachorowania;
- 27) **Umowa kredytu** – umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 28) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
- 29) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wniosko-polisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 30) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wniosko-polisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzeń innych niż zgon Ubezpieczonego;
- 31) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia;
- 32) **Wniosko-polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 33) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego;

- a) **Zgon**,
- b) **Niezdolność do pracy**,
- c) **Poważne Zachorowanie**.
- 2) **Pakiet L 2**
- a) **Zgon**,
- b) **Niezdolność do pracy**.
- 3) **Pakiet L 3**
- a) **Zgon**,
4. W razie wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń w niniejszych OWU, Świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości określonej w Artykule 11.

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, 72 roku życia,
2. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
- a) podpisał Wniosko-polisę;
- b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu na kwotę nie większą niż 250 000 zł (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych).
- c) opłacił Składkę ubezpieczeniową.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
- a) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek zgonu lub Niezdolności do pracy,
- b) dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
- a) w ostatnim dniu miesiąca, w którym kończy się Okres ubezpieczenia trwający maksymalnie 84 miesiące;
- b) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
- c) w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania w wysokości Sumy ubezpieczenia;
- d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 72 lat;
- e) w dniu w którym składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami Umowy Ubezpieczenia oraz nie została przez niego wpłacona;
- f) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia złożonym przez Ubezpieczającego;
- g) z dniem skutecznego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
- h) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
- i) o godz. 24 w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu;
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

WYPOWIEDZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta pisemne oświadczenie.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w OWU oraz we Wniosko-polisie.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.

art. 3

art. 4

art. 5

art. 6

art. 7

art. 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony zależy od wybranego przez Ubezpieczonego Pakietu ubezpieczenia wskazanego we Wniosko-polisie.
3. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej:
- 1) **Pakiet L 1**



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 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

1. Wniosek o wypłatę świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (lub inny Uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udoświadczonym mu przez Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta o zmianie swoich danych osobowych.
3. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wydania przez Ubezpieczyciela zgody na objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim, na koszt Ubezpieczyciela u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

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

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu lub Niezdolności do pracy równa jest:
 - a) kapitałowi kredytu – rozumianemu jako kwota kapitału kredytu udzielonego Ubezpieczonemu, wraz ze skredytowaną prowizją bankową, odsetkami wynikającymi z Harmonogramu, z kapitałem skredytowanej Składki oraz łącznie z innymi kosztami związanymi z udzieleniem kredytu – pozostającemu do spłaty w Dniu zajścia zdarzenia, zgodnie z Harmonogramem - w przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia kwoty 250 000 PLN;
 - b) procentowi sumy ubezpieczenia, określonej w ust. 1 pkt. a), równemu stosunkowi kwoty 250 000 PLN do łącznej kwoty kapitału - w przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału przekraczającej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia kwoty 250 000 PLN;
2. Suma ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania w przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału nieprzekraczającej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia kwoty 250 000 PLN (dla jednej osoby) równa jest:
 - a) w przypadku kredytów standardowych – 6-krotności Raty kredytu zgodnie z Harmonogramem, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie zgodnie z tym Harmonogramem, licząc od dnia zajścia Poważnego zachorowania,
 - b) w przypadku kredytów z ratą balonową – 6-krotności Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia zdarzenia, zgodnie z Harmonogramem, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie. W przypadku, gdy w Harmonogramie występuje rata balonowa, jej kwota nie jest podstawą do ustalenia wysokości sumy ubezpieczenia,
 - c) w przypadku kredytów z rocznymi ratami – 6-krotności kwoty wynikającej z ilorazu sumy kwoty kredytu wraz z odsetkami zgodnie z Harmonogramem oraz liczby miesięcy trwania kredytu.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania w przypadku kredytu(ów) o łącznej kwocie kapitału przekraczającej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia kwotę 250 000 PLN (dla jednej osoby) stanowi procent sumy ubezpieczenia, określonej w ust. 2, równy stosunkowi kwoty 250 000 PLN do łącznej kwoty kapitału.
4. 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.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem w ramach Pakietu L1, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - a) w przypadku zgonu Ubezpieczonego – jednorazowo 70% sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - b) w przypadku Niezdolności do pracy Ubezpieczonego – jednorazowo 70% sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - c) w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – jednorazowo Świadczeniu, którego wysokość określona jest w Artykule 10.
2. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach Pakietu L2, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - a) w przypadku zgonu Ubezpieczonego – jednorazowo 80% sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - b) w przypadku Niezdolności do pracy Ubezpieczonego – jednorazowo 80% sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Artykule 10;
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach Pakietu L3, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - a) w przypadku zgonu Ubezpieczonego – jednorazowe Świadczenie równe 100% sumy ubezpieczenia na wypadek zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10;
4. Wysokość Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy ustalana jest na dzień wskazany w Orzeczeniu jako dzień wystąpienia niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, wysokość Świadczenia ustalana jest na dzień, w którym wydane zostało przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Orzeczenie lub lekarza rzeczoznawcę KRUS określające stan zdrowia Ubezpieczonego jako niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji.
5. Wysokość Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczonego określona jest w Artykule 10 ust. 2 i ustalana jest na dzień, w którym rozpoznano chorobę lub przeprowadzono zabieg, w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania.
6. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego w okresie 28 dni od dnia zajścia Poważnego zachorowania Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o kwotę Świadczenia wypłaconego z tytułu Poważnego zachorowania, jeżeli Zgon był następstwem Poważnego zachorowania.
7. W przypadku świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej więcej niż jednej osobie w ramach jednej Umowy kredytu, wysokość Świadczeń określonych w niniejszym rozdziale dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.
8. W przypadku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w stosunku do jednego Współkredytobiorcy odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się w zakresie zgonu, Niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania wyłączenia w stosunku do tego Współkredytobiorcy, a ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pozostałych Współkredytobiorców trwa nadal.
9. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe, przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - 2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego 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 język polski, poświadczane 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 ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
7. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z ryzyka innego niż zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów:
 - a) w przypadku **zgonu**:
 - 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;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
 - b) w przypadku **Niezdolności do pracy**:
 - 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 ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - c) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - 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 ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);

- zgon Ubezpieczonego został spowodowany lub nastąpił wskutek:
- a) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w przypadku, gdy zdarzenie objęte ochroną wystąpi w ciągu pierwszych 24 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - b) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 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,
 - g) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.
 - h) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych;
2. W przypadku **Niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Niezdolność do pracy została spowodowana lub nastąpiła wskutek:
 - a) 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,
 - b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 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) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,
 - f) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
 3. W przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub nastąpiło wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed dniem objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 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.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy Ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.).
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.).

art. 14

art. 13

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DLA KREDYTOBIORCÓW o indeksie VW/CARCP1_3_1.3/2015

5

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 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 w formie oraz w 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 niniejszego artykułu, 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. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo do wystąpienia w wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub do wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załącza pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
9. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
10. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi
11. 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.
12. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. 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.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

SYSTEM MONETARNY

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Kredytobiorców o indeksie VW/CARCPI_3_1.3/2015 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A uchwałą z dnia 28.11.2014 roku, wchodzi w życie z dniem 01.12.2014 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15.12.2015 roku z późniejszymi zmianami.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

