

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA SPŁATY ZADŁUŻENIA DO KARTY KREDYTOWEJ O INDEKSIE SYGMA/CARD/CPI_3_1.2/2015

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 1 i 2, ust. 4 pkt 1, ust. 6 pkt 1, ust. 10 pkt 1
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



Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Spłaty Zadłużenia Do Karty Kredytowej, oznaczone indeksem SYGMA/CARD/CPI_3_1.2/2015, stosuje się do:

1. Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz
2. Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia”.

art. 1

DEFINICJE

W niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Spłaty Zadłużenia Do Karty Kredytowej o indeksie SYGMA/CARD/CPI_3_1.2/2015 (dalej zwanych: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

1. **Agent** – Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01-211), ul. Kasprzaka 10/16, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 2. **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 przyznania Kredytobiorcy limitu na Karcie, jednak nie wcześniej niż dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 5. **Dzień zajścia Zdarzenia** – odpowiednio:
 - 1) w przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - 2) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - 3) 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;
 - 4) w przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - dzień wystąpienia trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - 5) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, z zachowaniem ustawowych lub umownych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - 6) w przypadku **Pobytu w Szpitalu, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 7) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od Zdarzenia lub Choroby:
 - a. dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w OWU;
 - b. dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - c. dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 6. **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopólisy przez Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
 7. **Karta** – karta kredytowa wydana Kredytobiorcy przez Bank na podstawie Umowy o kartę;
 8. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, która zawarła z Bankiem Umowę o kartę;
 9. **Kredytodawca (Bank)** - Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01-211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający Kredytu w postaci limitu kredytowego w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
 10. **Minimalna wymagana miesięczna spłata** – część Salda zadłużenia
- wymagana do spłaty za dany Okres rozliczeniowy po jego zakończeniu. W rozumieniu niniejszych OWU kwota ta nie może przekraczać 5% średniego Salda zadłużenia z ostatnich 6 Okresów rozliczeniowych przed Dniem zajścia Zdarzenia;
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 12. **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 13. **Okres rozliczeniowy** – miesięczny okres, w którym rozliczane są transakcje dokonane Kartą na podstawie Umowy o kartę, przy czym pierwszy Okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu przyznania limitu kredytowego i kończy się w najbliższym dniu zamknięcia Okresu rozliczeniowego, zaś każdy kolejny Okres rozliczeniowy rozpoczyna się następnego dnia po zakończeniu poprzedniego Okresu rozliczeniowego i kończy się w najbliższym dniu rozliczenia;
 14. **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej, określony w Artykule 4 OWU z zastrzeżeniem, że pierwszy Okres ubezpieczenia trwa od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej do końca pierwszego pełnego Okresu rozliczeniowego;
 15. **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - 1) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres równy lub dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 2) 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 lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego, a także w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
 16. **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
 17. **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;
 18. **Pakiet** – jeden z wariantów określających zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
 19. **Pobyt w Szpitalu** - potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych 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. **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
 21. **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - 1) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniami histopatologicznymi przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - a. 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;
 - b. wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - c. czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< I mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według kla-



- syfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
- d. nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - e. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - f. wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - g. choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - h. przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
- 2) **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);
 - 3) **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 niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - 5) **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 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;
 - 6) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - a. serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - b. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
 Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być potwierdzone dokumentacją medyczną i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
22. **Rachunek Karty** – prowadzony przez Bank rachunek Kredytobiorcy, na którym rozliczane są transakcje dokonane przy użyciu Karty oraz do którego przypisana jest Karta;
 23. **Saldo zadłużenia** - zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Banku, wynikające z Umowy o kartę;
 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 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 pielęgniarstwa 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 lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami 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 OWU;
 31. **Trwale i częściowe invalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - trwale uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - 1) wzroku w obu oczach, lub
 - 2) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
 32. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
 33. **Ubezpieczony** – Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
 34. **Ubezpieczyciel** – podmioty świadczące Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
 - 1) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i całkowitego invalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu i Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub,
 - 2) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Utraty pracy;
 35. **Umowa o kartę** – umowa o kartę kredytową i/lub umowa o limit kredytowy zawarta pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Banku;
 36. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy: Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym lub zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, na podstawie OWU;
 37. **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego, uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
 38. **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku Zdarzeń innych niż Zgon, Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego;
 39. **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę (lub zleceniodawcę w odniesieniu do kontraktu managerskiego) zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 40. **Wiek** – liczba ukończonych lat życia, liczona na koniec Okresu rozliczeniowego karty;
 41. **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
 42. **Zdarzenie** – zdarzenie ubezpieczeniowe wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
 43. **Zestawienie transakcji** – wykaz transakcji na Rachunku Karty, sporządzony za dany Okres rozliczeniowy przez Bank w sposób zwyczajowo przez niego przyjęty, uwzględniający transakcje wykonane za pomocą karty oraz wszelkie opłaty, prowizje i odsetki pobrane przez Bank;
 44. **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
 45. **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo-skutkowy.



PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony, w zależności od wybranego Pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Pakiet A:**
 - a. **Zgon;**
 - b. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy;**
 - c. **Poważne zachorowanie;**
 - 2) **Pakiet B:**
 - a. **Zgon;**
 - b. **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;**
 - c. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy;**
 - d. **Poważne zachorowanie;**
 - e. **Pobyt w Szpitalu;**
 - 3) **Pakiet C:**
 - a. **Zgon;**
 - b. **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;**
 - c. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy;**
 - d. **Poważne zachorowanie;**
 - e. **Pobyt w Szpitalu;**
 - f. **Trwale i częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku;**
 - g. jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:
 - a) **Czasowa niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność rolniczą albo gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, albo
 - b) **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, albo
 - c) **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. Ryzyka Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy obejmują tylko tego Ubezpieczonego, który nie pobiera emerytury, renty lub nie ukończył 67 lat.
4. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytoborcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu Wzrostu 75 lat.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytoborca:
 - 1) podpisał Wnioskopolisę,
 - 2) zawarł z Bankiem Umowę o kartę, z zastrzeżeniem, iż:
 - a. łączny limit na wszystkich kartach kredytowych wydanych Kredytoborcy przez Bank nie może przekroczyć 70.000 PLN;
 - b. łączna suma udzielonych przez Bank kredytów, przy zawieraniu których Kredytoborca został objęty ochroną przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400.000 PLN;
 - c. jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w Okresie ubezpieczenia, za jaki została opłacona Składka zgodnie z postanowieniami Art. 9 OWU.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem Składki, a Składka nie została opłacona w terminie, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, wygasa ona z końcem okresu, za który przypadła niezapłacona Składka. Zapisu tego nie stosuje się w sytuacjach, o których mowa w ust. 8 niniejszego Artykułu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na czas odpowiadający Okresowi

wi ubezpieczenia i jest automatycznie wznowiana na kolejne odnawialne miesięczne Okresy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia na zasadach opisanych w Art. 5 OWU oraz że Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia. Potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia jest opłacenie Składki.

5. Ubezpieczyciel może złożyć Ubezpieczającemu oświadczenie o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny miesięczny Okres ubezpieczenia, drogą pisemną, najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia, którego wypowiedzenie dotyczy. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa wówczas w dniu końca Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczyciel złożył Ubezpieczającemu oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
6. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego, wygasa:
 - 1) w przypadku określonym w ust. 9 niniejszego Artykułu;
 - 2) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - 5) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania;
 - 6) w ostatnim dniu Okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - 7) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy;
 - 8) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego - na zasadach wskazanych w Art. 5 OWU;
 - 9) w dniu rozwiązania przez Bank Umowy o kartę;
 - 10) w przypadkach określonych w ust. 3 i ust. 5 niniejszego Artykułu;
 - 11) w przypadkach określonych w Artykule 9 ust. 3; w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.
7. W przypadku, gdy Kredytoborca odstąpi od Umowy o Kartę Ochrony ubezpieczeniowej zakończy się w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o niniejszym odstąpieniu. Odstąpienie od Umowy o Kartę nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zaplacenienia Składki za Okres ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
8. Jeżeli za dany Okres rozliczeniowy Składka nie została opłacona, wówczas Ochrona ubezpieczeniowa ulega zawieszeniu od pierwszego do ostatniego dnia włącznie tego Okresu rozliczeniowego. Ochrona ubezpieczeniowa jest wznowiana po opłaceniu Składki za kolejny Okres rozliczeniowy.
9. Jeżeli Ochrona ubezpieczeniowa była zawieszona przez trzy kolejno po sobie następujące Okresy rozliczeniowe zgodnie z ust. 7 niniejszego Artykułu, wówczas Ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości wznowienia Ochrony ubezpieczeniowej.

WYPowiedzenie i odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia Agentowi jest równoznaczne z otrzymaniem tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
3. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
4. 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 ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o niniejszym odstąpieniu.
5. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zaplacenienia Składki za Okres ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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



PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badań lekarskich w celu przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osobowych 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 które wniosły o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta (Formularz Zgłoszenia Roszczenia).
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia, 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 Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

SKŁADKA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składki z tytułu objęcia Ochroną ubezpieczeniową naliczane są raz w miesiącu, z góry, i są zależne od Salda zadłużenia za Okres rozliczeniowy poprzedzający naliczenie Składki oraz Pakietu (zakresu ubezpieczenia).
3. W przypadku nieopłacenia którejkolwiek ze Składek przez Ubezpieczającego, Ochrona ubezpieczeniowa ulega zawieszeniu od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, za który Składka nie została opłacona. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie wznowiona z pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia, za który została opłacona Składka. Jeżeli Składka nie została zapłacona za kolejno po sobie następujące 3 miesięczne Okresy ubezpieczenia, Ochrona ubezpieczeniowa wygasa bez możliwości wznowienia z pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia, za który Składka nie została opłacona.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczonego jest równa Saldu zadłużenia z Dnia zajścia Zdarzenia, przy czym nie więcej niż 70.000 PLN.
2. Łączna Suma ubezpieczenia z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Utraty pracy** równa jest, w każdym nieprzerwanym 12 miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, maksymalnie 12 miesięcznym Świadczeniom, przy czym nie więcej niż 9.000 PLN.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu** równa jest, w każdym nieprzerwanym 12 miesięcznym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, maksymalnie 12 miesięcznym Świadczeniom, przy czym nie więcej niż 9.000 PLN.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Art. 10 OWU z zastrzeżeniem ust. 2. niniejszego Artykułu oraz ust. 3 niniejszego Artykułu dla Poważnego zachorowania.
2. Kwota świadczenia, o której mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu nie może przekraczać średniego Salda zadłużenia z ostatnich 6 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia.
3. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 30 dni od Dnia

rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, kwota świadczenia, o której mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu wynosi 10% Salda zadłużenia z Dnia zajścia zdarzenia, z uwzględnieniem ust. 2 niniejszego Artykułu.

4. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenia po 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy, w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach. Jeżeli Czasowa niezdolność do pracy wystąpi w ciągu pierwszych 30 dni od dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 10% Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, nie więcej jednak niż 50 PLN.
5. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 4 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal jest czasowo niezdolnym do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy.
6. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń (w wysokości określonej w ust. 4 niniejszego Artykułu) po każdym 30 kolejnych dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 5 niniejszego Artykułu.
7. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy 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. 6 niniejszego Artykułu.
8. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Minimalnej wymaganej miesięcznej spłacie, bez względu na liczbę Zdarzeń - Czasowych niezdolności do pracy w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1.500 PLN.
9. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach. Jeżeli Utrata pracy wystąpi w ciągu pierwszych 30 dni od dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 10% Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, nie więcej jednak niż 50 PLN.
10. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 9 niniejszego Artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
11. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Minimalnej wymaganej miesięcznej spłacie, bez względu na liczbę Zdarzeń - przypadków Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1.500 PLN.
12. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
13. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 12 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
14. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Minimalnej wymaganej miesięcznej spłacie, bez względu na liczbę Zdarzeń - Pobytów w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1.500 PLN.
15. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu. Jeżeli Pobyt w Szpitalu powstały wskutek Choroby wystąpi w ciągu pierwszych 30 dni od dnia objęcia Ochroną ubezpiecze-



- niową, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 10% Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, nie więcej jednak niż 50 PLN.
16. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu, o którym mowa w ust. 15 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Minimalnej wymaganej miesięcznej spłaty, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
 17. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Minimalnej wymaganej miesięcznej spłacie, bez względu na liczbę Zdarzeń - Pobytów w Szpitalu w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 1.500 PLN.
 18. W przypadku, gdy należne Świadczenie, przewyższa kwotę Salda zadłużenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) Ubezpieczonemu;
 - 2) współmałżonkowi Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego;
 - 3) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka i dzieci
 - 5) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka, dzieci i rodziców;
 - 6) spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy o kartę na Dzień zajścia Zdarzenia, przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego Artykułu:

- 1) w przypadku **Zgonu**:
 - a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - b. dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - c. dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Zdarzenia);
 - d. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - e. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 2) w przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - b. dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - c. 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);
 - d. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - e. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
- 3) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - a. odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych OWU;
 - b. 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);
 - c. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 4) w przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. dokumentacja potwierdzająca trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - a) wzroku w obu oczach, lub
 - b) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
 - b. dokument określający przyczynę inwalidztwa Ubezpieczonego (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);
 - c. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 5) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - a. dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania;
 - b. jeżeli do Zdarzenia doszło wskutek Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - c. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia, np. (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 6) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:

art. 12 SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ 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 adres Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub elektronicznie na adres e-mail: roszczenia@cardif.pl np. na 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 Agenta lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub 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 Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenieprzekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przekazem pocztowym lub przelewem na rachunek bankowy:
 - 1) Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż wyżej wymienione – Ubezpieczonemu lub Uprawnionemu lub
 - 3) innemu uprawnionemu zgodnie z OWU.



- a. zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - b. dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - c. zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - d. 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);
 - e. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - f. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 7) w przypadku **Utraty pracy**:
- a. świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
 - b. zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - c. zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;
- 8) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
- a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b. 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) – jeżeli Pobyt w Szpitalu nastąpił wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - c. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 9) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
- a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b. 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);
 - c. zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę);
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy, 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:
- 1) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - a. zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - b. dokument potwierdzający prawo do zasiłku chorobowego na ostatni dzień każdego 30-dniowego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy, za który świadczenie jest należne;
 - c. 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;
 - 2) w przypadku **Utraty pracy**:
 - a. kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
 - 3) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - b. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - 4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego);

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) 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;
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 5) 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;
 - 6) 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**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) 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;
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) 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;
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) próby samobójstwa;
 - 2) 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;
 - 3) 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;
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 5) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - 6) zdarzeń powstałych podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym);
 - 7) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 8) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
4. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** oraz **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy



- ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) 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;
 - 3) próby samobójstwa;
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 6) 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;
 - 7) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego, 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;
 - 2) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego 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 pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
 - 3) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego 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;
 - 4) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego z upływem okresu, na jakie były zawarte;
 - 5) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
 6. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) 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;
 - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) próby samobójstwa;
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 6) 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;
 - 7) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
 7. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten:
 - 1) miał miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwicy lub leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, 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;
 - 2) związany był ze sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności;
 - 3) związany był z poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
 8. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) 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;
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) 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;
 - 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności;
 - 5) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
 9. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten miał miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwicy 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.
 10. W przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 3) 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;
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
 11. Prawo do otrzymania świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego **Poważnego zachorowania** w postaci **Nowotworu złośliwego (raka)** nie przysługuje w przypadku, jeśli:
 - 1) przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - 2) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak).

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia 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.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia

art. 14

art. 15



2011r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi 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. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela, zgodnie z Art. 18 OWU.
5. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. 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.
8. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
9. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi, Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
10. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
12. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SYSTEM MONETARNY

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, wszelkie zobowiązania finansowe z tytułu 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 Spłaty Zadłużenia Do Karty Kredytowej o indeksie SYGMA/CARD/CPI_3_1.2/2015 zatwierdzone przez odpowiednio:
Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 16 października 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 18 października 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 roku z późniejszymi zmianami,
Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 16 października 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 18 października 2015 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.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

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

