

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA „UTRATA PRACY/BEZPIECZNE RACHUNKI” O INDEKSIE P4/BP_3_1.0/2017

Drogi Kliencie,

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

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

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

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych OWU zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń.	ART. 2 UST. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12
3. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania	ART. 8

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Utrata Pracy/Bezpieczne rachunki”, oznaczone indeksem P4/BP_3_1.0/2017, stosuje się do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym.

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia „Utrata Pracy/Bezpieczne rachunki”, o indeksie P4/BP_3_1.0/2017 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – podmiot wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Centrum Operacyjne** – AWP P&C SA z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B, nr KRS 0000189340 – podmiot realizujący w imieniu Ubezpieczyciela Świadczenia Assistance, zgodnie z postanowieniami OWU;
- 3) **Cykl rozliczeniowy** – okres nie dłuższy niż 31 dni, rozumiany jako cykl bilingowy przyjęty dla rozliczeń związanych ze świadczeniem przez PLAY usług telekomunikacyjnych w ramach UoŚUT zawartej przez Klienta PLAY;
- 4) **Dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 5) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – pierwszy dzień najbliższego Cyklu rozliczeniowego przypadającego po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 6) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień, w którym Ubezpieczający złożył za pomocą Platformy oświadczenie, w którym wyraża wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia**:
 - a) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - b) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
- 8) **Klient PLAY** – osoba fizyczna, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, która jest stroną zawartej z PLAY Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych w ramach oferty abonamentowej (postpaid);
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 10) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 11) **Okres ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony ubezpieczeniowej odpowiadający Cyklowi rozliczeniowemu, automatycznie wznawiany na maksymalne 12 Okresów ubezpieczenia. Warunkiem i potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata Składki;
- 12) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 13) **Platforma, Platforma „Play Ubezpieczenia”** – zindywidualizowane informatyczne środowisko systemowe wykorzystywane do wykonywania czynności agencyjnych, w szczególności przeznaczonych do sprzedaży i obsługi ubezpieczeń dedykowanych dla Klientów PLAY;
- 14) **PLAY** – P4 Sp. z o.o., będąca operatorem sieci komórkowej świadcząca usługi telekomunikacyjne Klientom PLAY;
- 15) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 1 dzień, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 16) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 17) **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;
- 18) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 19) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 20) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 21) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu zgodnie z postanowieniami OWU, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 22) **Świadczenia Assistance** – realizowane przez Centrum Operacyjne na rzecz Ubezpieczonego usługi pomocy w przypadku Utraty pracy, zgodnie z postanowieniami OWU;
- 23) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z od-



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

- powiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 24) **Ubezpieczający – Ubezpieczony** – Klient PLAY, zawierający Umowę ubezpieczenia, wskazany w Polisie zobowiązany do opłacenia Składki;
 - 25) **Ubezpieczyciel** – Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2;
 - 26) **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych, (zwana dalej: UoŚUT)** – zawarta między Klientem PLAY a PLAY umowa, na podstawie której Klient PLAY korzysta ze świadczonych przez PLAY usług telekomunikacyjnych w ramach oferty abonamentowej (postpaid);
 - 27) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym za pomocą Platformy;
 - 28) **Uprawniony** – Ubezpieczający, uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu Pobytu Ubezpieczającego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Utraty Pracy lub Świadczenia Assistance;
 - 29) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony z Ubezpieczającym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 30) **Wariant** – jeden z dwóch dostępnych wariantów ubezpieczenia, wybierany przez Ubezpieczającego w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 31) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskania o wypłatę Świadczenia i Świadczeń Assistance:
 - a) dla ubezpieczenia NNW – Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - b) Dla ubezpieczenia Utraty pracy – Utrata pracy pod warunkiem uzyskania przez Ubezpieczającego statusu osoby bezrobotnej posiadającej prawo do zasiłku dla bezrobotnych
 - c) dla ubezpieczenia Assistance – Utrata pracy.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczającego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczającego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Wariant Standard**:
 - a) Utrata pracy,
 - b) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
 - c) Świadczenie Assistance
 - 2) **Wariant Premium** (o zwiększonym limicie świadczeń w odniesieniu do ryzyka Utrata Pracy lub ryzyka Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku)
 - a) Utrata pracy,
 - b) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
 - c) Świadczenie Assistance
3. Ubezpieczenie trwa 24 godziny na dobę na całym świecie, z zastrzeżeniem, iż Pobyt Ubezpieczającego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ma miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Ubezpieczony może skorzystać ze Świadczeń po pobycie w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Utracie Pracy pod warunkiem uzyskania przez Ubezpieczającego statusu osoby bezrobotnej posiadającej prawo do zasiłku na zasadach opisanych w Art.10, ustęp 1–3.
5. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczający może również skorzystać ze Świadczeń Assistance określonych w Artykule 11. W celu skorzystania ze Świadczeń Assistance Ubezpieczający musi posiadać status osoby bezrobotnej posiadającej prawo do zasiłku na zasadach opisanych w Art.10, ustęp 1–3.
6. Szczegółowy zakres Świadczeń i Świadczeń Assistance wraz z limitami liczbowymi i kwotowymi określa tabela zawarta w Art. 10.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Klientem PLAY, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia.
2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Klientem PLAY, który jest zatrudniony na podstawie umowy o pracę lub stosunku służbowego.
3. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby:
 - 1) Klient PLAY za pomocą Platformy zapoznał się z warunkami niniejszych OWU i następnie złożył oświadczenie woli o zawarciu Umowy ubezpieczenia;
 - 2) Klient PLAY za pomocą Platformy wyraził zgodę w ramach zawartej UoSUT na doliczenie do rachunku telefonicznego Składki za Ochronę ubezpieczeniową.
 - 3) Ubezpieczyciel potwierdził zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.

niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość Składki oblicza się za czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na rachunek oraz w terminie określonym w fakturze VAT wystawionej przez PLAY na rzecz Ubezpieczającego z tytułu usług telekomunikacyjnych świadczonych przez PLAY, w ramach Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych (Składka jest wskazywana na fakturze wystawianej przez PLAY w związku z UoSUT).
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem Składki, a Składka nie zostanie opłacona w terminie płatności, Ubezpieczyciel może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty Składki za okres, za który ponosił odpowiedzialność. W razie niewypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, wygasa ona z końcem Okresu ubezpieczenia, za który przypadła niezapłacona Składka, a Ubezpieczycielowi przysługuje Składka za cały okres udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Wpłacenie kwoty niższej niż wynikająca z Umowy ubezpieczenia nie jest uznawane za opłacenie Składki.
5. W przypadku wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej. Skrócenie umówionego okresu ochrony ubezpieczeniowej, niezależnie od przyczyny skrócenia, nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

Jak długo trwa Twoja ochrona?**OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej wskazanego w Polisie.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 8.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat;
 - c) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu;
 - d) z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia – w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia;
 - e) z dniem wyczerpania Sumy ubezpieczenia na skutek wypłaty Świadczenia w wysokości równej Sumie ubezpieczenia;
 - f) z upływem ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, za który przypadła niezapłacona Składka – w przypadku nieopłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego za kolejny Okres ubezpieczenia;
 - g) w dniu rozwiązania lub przeniesienia praw i obowiązków wynikających z UoSUT;
 - h) z dniem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
 w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli za pośrednictwem Platformy.
2. Ubezpieczyciel może w każdym czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia składając oświadczenie woli w tym zakresie w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, Ubezpieczającemu.
3. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Cyklu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel złożył Ubezpieczającemu lub Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający, będący konsumentem, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia bez podania przyczyn, składając stosowne oświadczenie, w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu Umowy ubezpieczenia lub doręczenia Polisy, jeżeli jest to termin późniejszy.
5. Oświadczenie o odstąpieniu Ubezpieczający może złożyć za pośrednictwem Platformy lub pisemnie lub osobiście pod adresem: Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.
6. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 powyżej, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel świadczył Ochronę ubezpieczeniową.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego opłacania Składki za okres świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
3. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczający (lub inna osoba) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia).
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub

Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy**SUMY UBEZPIECZENIA I LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI**

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku równa jest:
 - 1) 3 Świadczeniom w Wariancie Standard lub
 - 2) 6 Świadczeniom w Wariancie Premium.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Wariancie podstawowym wynosi równowartość 3 Świadczeń w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie więcej niż 1 500 zł.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Wariancie rozszerzonym wynosi równowartość 6 Świadczeń w okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym nie więcej niż 3 000 zł.
4. Limity liczbowe i kwotowe Świadczeń Assistance w razie Utraty Pracy wymienione w Art. 11 stanowią górną granicę odpowiedzialności Ubezpieczyciela w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości 500 zł po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczającemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
2. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, Ubezpieczającemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 500 zł przypadające do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczającemu Statusu bezrobotnego wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
3. W przypadku, gdy Utrata pracy nastąpi w okresie pierwszych 60 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci jednorazowo Świadczenie w wysokości 100 zł.
4. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości 500 zł po 1 dniu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku, gdy po zakończeniu 1 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczający przebywał w Szpitalu z tytułu tego samego Nieszczęśliwego wypad-

ku, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 500 zł po każdym 30 kolejnych dniach Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z zastrzeżeniem Artykułu 12.

6. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 3 lub 6 Świadczeń w zależności od wybranego Wariantu, bez względu na łączną liczbę Zdarzeń – Utraty Pracy lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie

świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie wynosi 500 zł.

7. Poniższa tabela określa maksymalne limity Świadczeń i Świadczeń Assistance w ciągu trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

Zdarzenie	Świadczenie	Standard	Premium
Utrata pracy/ Pobyt w szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku		3 Świadczenia w wysokości 500 zł każde	6 Świadczeń w wysokości 500 zł każde
		Suma ubezpieczenia 1500 zł	Suma ubezpieczenia 3000 zł
Utrata pracy	Świadczenie Assistance	Pomoc psychologa – limit świadczenia 500 zł Tłumaczenie CV i listu motywacyjnego na język angielski Pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy Pomoc w przygotowaniu listu motywacyjnego i CV Doradztwo personalne	

art. 11

ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. Ubezpieczony, niezależnie od Świadczeń opisanych w Artykule 10, w razie Utraty pracy, uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance, organizowanych przez Ubezpieczyciela za pośrednictwem Centrum Operacyjnego, w zakresie:

- 1) Pomocy psychologa – Ubezpieczyciel zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 zł. Na wniosek Ubezpiezonego, Ubezpieczyciel świadczy usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6 (sześciu) miesięcy od Dnia zajścia Zdarzenia.
- 2) Pomocy w przygotowaniu CV i Listu Motywacyjnego – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) Dni roboczych od dnia dostarczenia przez Ubezpiezonego kopii oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy, wysłała do Ubezpiezonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 - b) wzór listu motywacyjnego.
- 3) Tłumaczenia CV i listu motywacyjnego na język angielski – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) Dni roboczych od dnia dostarczenia przez Ubezpiezonego CV i/lub listu motywacyjnego:
 - a) przekazuje dokumenty CV i/lub listu motywacyjnego do biura tłumaczeń, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpocznie proces tłumaczenia dokumentów na język angielski;
 - b) przesyła do Ubezpiezonego drogą elektroniczną przetłumaczone dokumenty CV i/lub listu motywacyjnego.

Świadczenie Assistance przysługuje przez okres 6 (sześciu) miesięcy od Dnia zajścia Zdarzenia i maksymalnie 4 (cztery) razy w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) Pomocy w wyszukiwaniu ofert pracy – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) Dni roboczych od dnia dostarczenia przez Ubezpiezonego CV i/lub listu motywacyjnego:
 - a) przekazuje dokumenty CV i/lub listu motywacyjnego do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpiezonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego;
 - b) niezwłocznie od chwili znalezienia oferty pracy przesyła ofertę Ubezpieczonemu.

Świadczenie Assistance polegające na przekazywaniu informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przysługuje przez okres 6 (sześciu) miesięcy od Dnia zajścia Zdarzenia.

- 5) Przekazywania, w terminie do 3 (trzech) Dni roboczych od dnia przekazania zapytania – informacji z zakresu doradztwa personalnego na temat:

- a) efektywnych systemów motywacyjnych, wartościowania stanowisk, konstrukcji siatek płac, budowy systemów premialnych, konstruowania pakietów świadczeń,
- b) formułowania strategii i polityki personalnej,
- c) ryzyka inwestycyjnego w dziedzinie zarządzania kapitałem ludzkim,

- d) szkoleń dla pracowników,
 - e) wiz i pozwoleń na pracę.
- 6) Przekazywania w formie telefonicznej lub elektronicznej, w terminie do 3 (trzech) Dni roboczych od dnia przekazania zapytania – informacji na temat:
- a) warunków otrzymania oraz wysokości odpraw pieniężnych dla pracowników zwalnianych z przyczyn leżących po stronie pracodawcy,
 - b) warunków przydzielania świadczeń przedemerytalnych,
 - c) praw i obowiązków bezrobotnych,
 - d) procedur rejestracji w urzędzie pracy,
 - e) warunków przydzielania zasiłku dla bezrobotnych,
 - f) form pomocy udzielanej osobom bezrobotnym,
 - g) danych teled adresowych biur pośrednictwa pracy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - h) danych teled adresowych biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej,
 - i) dokumentów i procedur, koniecznych do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
- 7) Materiałów informacyjnych – Ubezpieczyciel w terminie do 3 (trzech) Dni roboczych od dnia dostarczenia przez Ubezpiezonego kopii oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy, lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy, wysłała do Ubezpiezonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
- a) instrukcje dotyczące pisania CV;
 - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania);
 - c) instrukcje dotyczące przygotowywania się do rozmowy rekrutacyjnej.
- 8) Konsultacji on-line lub telefonicznie napisanych przez Ubezpiezonego CV i/lub listu motywacyjnego – Ubezpieczyciel w terminie do 14 (czternastu) Dni roboczych od dnia dostarczenia przez Ubezpiezonego CV i/lub listu motywacyjnego ustala z Ubezpieczonym termin konsultacji przesłanych dokumentów.

Świadczenie Assistance przysługuje przez okres 6 (sześciu) miesięcy od Dnia zajścia Zdarzenia i maksymalnie 1 (jeden) raz w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

art. 12

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczający lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić zajście Zdarzenia bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta, 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 były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez uprawniony do tego organ lub podmiot wydający oryginał dokumentu). 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, jeżeli nie są jest on osobą występującą 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 kalendarzowych, licząc od daty otrzymania pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uprawnionego.
9. W celu rozpatrzenia wniosku o wypłatę Świadczenia niezbędne jest dostarczenie do Ubezpieczyciela następujących dokumentów:
 - 1) w przypadku **Utraty pracy**:
 - a) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy 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 Ubezpieczającemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - d) kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:
 - kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzająca posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz Status bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu.
 - 2) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a) kopia dokumentacji medycznej potwierdzającej pobyt w Szpitalu (np.: karta informacyjna leczenia szpitalnego lub inny dokument, który wystawia Szpital w trakcie trwania pobytu Ubezpieczającego w Szpitalu);
 - b) kopia dokumentu potwierdzającego wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku, w tym w szczególności postanowienia właściwych organów ścigania lub wymiaru sprawiedliwości (np.: raportu policyjnego, stosownego postanowienia prokuratora, protokołu z wypadku lub opisu zawierającego informacje dotyczące okoliczności oraz daty zdarzenia);
 - c) kopia dokumentu potwierdzającego dopuszczenie pojazdu do ruchu oraz kopia dokumentu potwierdzającego uprawnienia do kierowania pojazdem – w przypadku, gdy Ubezpieczający był prowadzącym pojazd
 - d) kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego;
 - e) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą kolejnego miesięcznego Świadczenia:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
10. W celu skorzystania ze Świadczeń Assistance, w przypadku Utraty pracy, Ubezpieczający zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z Centrum Operacyjnym czynnym całą dobę przez wszystkie dni w roku i podać następujące informacje:
 - a) dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczającego (imię i nazwisko oraz PESEL lub datę urodzenia),
 - b) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Ubezpieczającym lub osobą występującą w jego imieniu,
 - c) datę Utraty pracy i rodzaj wymaganej pomocy;
 - 2) dostarczyć do Centrum Operacyjnego w sposób uzgodniony z Centrum Operacyjnym następujące dokumenty:

- a) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopię oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
- b) zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie nastąpiło wskutek:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczającego stosunku służbowego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie Art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba, że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących 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;
 - c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczającym bez wypowiedzenia, a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczającego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczający otrzymał wypowiedzenie przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło wskutek:
 - a) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - b) próby samobójstwa,
 - c) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczającego przestępstwa,
 - d) pozostawiania Ubezpieczającego
 - e) 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) prowadzenia przez Ubezpieczającego pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu (nie dotyczy to braku aktualnych badań technicznych pojazdu, chyba że przyczyną wypadku komunikacyjnego był stan techniczny pojazdu),
 - g) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - h) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - i) udziału w zawodach oraz wyczynowego i rekreacyjnego uprawiania przez Ubezpieczającego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.

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.).

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefo-

art. 13

art. 14

art. 15

nicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.

2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż 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 Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
7. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
8. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
9. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi, Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
10. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
11. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

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. Cardiff Assurances Risques Divers S.A. jako administrator danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.: Dz.U.2016 r. poz. 922) zbieranych w związku z zawarciem i realizacją umowy ubezpieczenia, informuje, że zebrane dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:
 - 1) związanych z wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia wypłaty odszkodowania;
 - 2) wypełnienia prawnie usprawiedliwionych celów administratora danych archiwalnych.
2. W przypadku przetwarzania danych osobowych drogą elektroniczną Ubezpieczyciel kieruje się unormowaniami ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j.: Dz.U. z 2017 poz. 1219).
3. Przetwarzane przez Ubezpieczyciela dane osobowe zebrane w celu realizacji Umowy ubezpieczenia są objęte tajemnicą ubezpieczeniową.
4. Zebrane dane osobowe będą udostępniane uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych przepisami prawa oraz reasekuratorom współpracującym z Ubezpieczycielem.
5. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.
6. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia Umowy ubezpieczenia
7. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia „Utrata Pracy/Bezpieczne rachunki” o indeksie P4/BP_3_1.0/2017, zatwierdzone przez Dyрекcję Cardiff Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 21 listopada 2017 roku, wchodzi w życie z dniem 1 grudnia 2017 roku.
8. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Dyrektor Oddziału
Pascal Perrier



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 sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

✉ Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

☎ Telefon: +48 22 529 17 09
Fax: +48 22 529 01 01

@ E-mail, gdy chcesz zgłosić wniosek o wypłatę świadczenia: roszczenia@cardif.pl
E-mail, gdy chcesz złożyć skargę: reklamacje@cardif.pl

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



Kontakt z nami