

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

o indeksie BNPP/HIPOTEKACPI_3_2.2/2019

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z poniższym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

Zespół BNP Paribas Cardif



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa



Telefon: 801 801 111, +48 22 319 00 00, + 48 22 529 17 52



Aby zgłosić roszczenie on-line wejdź na stronę: www.cardif.pl
zakładka: („Zgłoś roszczenie on-line”) lub napisz na adres:
roszczenia@cardif.pl



Aby złożyć reklamację napisz na adres: reklamacje@cardif.pl



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

Poniższa tabela zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
prezentuje informacje zamieszczone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	ART. 2 ust. 2, w związku z ART. 1 ust. 8, 16, 20, 21, 23, 31, 33, 34, 36, 37, 43, 46, 47, ART. 4, w związku z ART. 1 ust. 2, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 22, 24, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 44, ART. 9, w związku z ART. 1 ust. 5, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 21, 23, 24, 27, 31, 34, 36, 37, 40, 43, 46, 47, ART. 10, w związku z ART. 1 ust. 5, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 21, 23, 24, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 43, 46, 47,
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12, w związku z ART. 1 ust. 7, 16, 21, 22, 23, 34, 36, 37, 43, 46, 47,

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BNPP/HIPOTEKACPI_3_2.2/2019 (dalej: „OWU”) stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, który zawarł Umowę Kredytu.



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU.
Zdefiniowane poniżej pojęcia pisane są w tekście OWU z wielkiej litery.

ART 1. DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BNPP/HIPOTEKACPI_3_2.2/2019 (dalej: „OWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **„Agent”** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie Składki, uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży, na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **„Aneks”**- dokument zmieniający treść Umowy ubezpieczenia w przypadku:
 - a) przystąpienia przez Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia (w związku z przystąpieniem do długu z tytułu Umowy Kredytu);
 - b) podwyższenia Sumy ubezpieczenia w wyniku podwyższenia Kwoty Kredytu;
 - c) przejścia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy Kredytu;
 - d) wstąpienia Ubezpieczonego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego;Dla ważności Aneksu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 3) **„Bank”** – BNP Paribas Bank Polska S.A.;
- 4) **„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;
- 5) **„Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia”** - dzień, w którym aktualizowana jest suma ubezpieczenia, ustalony na pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia następujący po każdych kolejnych dwunastu miesięcznych Okresach ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) **„Dzień płatności Raty Kredytu”** – dzień określony w Harmonogramie jako dzień, w którym dokonywana jest spłata poszczególnych Rat Kredytu;
- 7) **„Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej”** – Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu, przez który rozumie się: dzień wypłaty Kredytu bądź pierwszej transzy Kredytu, a w odniesieniu do Kredytobiorcy, który przystąpi do Umowy ubezpieczenia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia (w związku z przystąpieniem do długu wynikającego z Umowy Kredytu), dzień podpisania Aneksu;
- 8) **„Dzień zajścia Zdarzenia”**:
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) 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;
 - c) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w OWU,
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - e) 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;
- 9) **„Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia”** – dzień podpisania Wnioskopisy przez Kredytobiorcę oraz Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy Kredytu;
- 10) **„Harmonogram”** – zestawienie płatności miesięcznych Rat Kredytu przekazywane przez Kredytodawcę zgodnie z Umową Kredytu, wskazujące wysokość oraz Dni płatności Rat Kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy Kredytu oraz wysokość Składki;
- 11) **„Kredyt”** – kredyt hipoteczny w PLN, pożyczka hipoteczna w PLN lub produkty hipoteczne będące w obsłudze Banku w PLN, udzielone Kredytobiorcy przez Kredytodawcę zgodnie z regulacjami Kredytodawcy, których docelowym zabezpieczeniem jest obciążenie kredytowanej nieruchomości hipoteką;
- 12) **„Kredytobiorca”** – osoba fizyczna będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła lub wnioskuje o zawarcie z Kredytodawcą Umowy Kredytu lub przystąpiła do długu wynikającego z Umowy Kredytu; W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, postanowienia dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio w stosunku do pozostałych współkredytobiorców;
- 13) **„Kredytodawca”** – BNP Paribas Bank Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 01-211, ul. Kasprzaka 2, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;

- 14) „**Kwota Kredytu**” – wartość przyznanego Kredytu, z uwzględnieniem kredytowanych kosztów Kredytu, określona w Umowie Kredytu, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych aneksem do Umowy Kredytu;
- 15) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia;
- 16) „**Ochrona ubezpieczeniowa**” – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 17) „**Okres ubezpieczenia**” – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, odpowiadający okresowi miesięcznemu. Pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do najbliższego Dnia płatności Raty Kredytu. Każdy kolejny Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu następującym po Dniu płatności Raty Kredytu i trwa do kolejnego Dnia płatności Raty Kredytu łącznie, zgodnie z postanowieniami art. 4 OWU;
- 18) „**Orzeczenie**” – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego);
- 19) „**Osoba składająca Reklamację**” – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 20) „**Pakiet**” – jeden z dwóch pakietów, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 21) „**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 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 22) „**Podwyższenie Sumy Ubezpieczenia**” – podwyższenie Sumy ubezpieczenia, wynikające ze zwiększenia Kwoty Kredytu po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia lub z przejścia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy Kredytu, potwierdzone Aneksem;
- 23) „**Poważne zachorowanie**” – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - zawał serca** – martwica 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);
 - udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczępienie pomostu

omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy. Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 24) **„Rata Kredytu”** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, którego warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu i wskazane w Harmonogramie, obejmujące kapitał Kredytu i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzetworzonej części kapitału Kredytu, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału Kredytu, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki, a w przypadku Kredytów z dopłatami do oprocentowania nieuwzględniające dopłaty do oprocentowania;
- 25) **„Reklamacja”** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 26) **„Rolnik”** - osoba fizyczna będąca właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tj. Dz.U. 2014, poz. 121, z późn. zm.), o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe;
- 27) **„Saldo zadłużenia”** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy Kredytu, obejmujące kapitał Kredytu pozostały do spłaty na dany dzień;
- 28) **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 29) **„Status bezrobotnego”** – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego:
- z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
 - bez prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych - dotyczy Ubezpieczonych zatrudnionych w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągających w tym czasie wynagrodzenie poniżej minimalnego wynagrodzenia za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy;
- 30) **„Status osoby poszukującej pracy”** – Rolnik, który uzyskuje status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U, 2015.149 j.t. z późn. zm), zatrudniony w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągający wynagrodzenie za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy;
- 31) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w art. 9 OWU, określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia;
- 32) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa 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 leczenia uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 33) **„Świadczenie”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu lub Uposażonemu, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 34) **„Trwała i całkowita niezdolność do pracy”** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 35) **„Ubezpieczający”** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacania Składki;
- 36) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca inny niż Ubezpieczający, objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wnioskopolisie;
- 37) **„Ubezpieczyciel”** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa w zakresie ryzyk Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważnego zachorowania lub
 - Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 38) **„Udział procentowy”** - udział danego Ubezpieczonego w Sumie Ubezpieczenia, równy:
- 100% - gdy Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Kredytu objęty jest jeden Ubezpieczony albo
 - 50% - w przypadku dwóch Ubezpieczonych albo
 - 33,34% - w przypadku trzech Ubezpieczonych albo

- 25% - w przypadku czterech Ubezpieczonych.

Udział procentowy ustalany jest w momencie zawarcia Umowy Ubezpieczenia i aktualizowany w przypadku:

- wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do jednego z Ubezpieczonych w ramach danej Umowy Kredytu ze względu na:
 - Zgon Ubezpieczonego,
 - Wypłatę świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - ukończenie Wiek 75 lat przez Ubezpieczonego;
 - przejęcie długu lub przystąpienie do długu z tytułu Umowy Kredytu – pod warunkiem wyrażenia przez Ubezpieczyciela zgody na świadczenie Ochrony ubezpieczeniowej po przystąpieniu do długu z tytułu Umowy Kredytu oraz zawarcia Aneksu do Umowy ubezpieczenia;
- 39) „**Umowa Kredytu**” – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą;
 - 40) „**Umowa ubezpieczenia**” – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym lub pomiędzy Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
 - 41) „**Uposażony**” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie lub Aneksie albo w przypadku jej braku – osoba wskazana w OWU, jako mająca prawo do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
 - 42) „**Uprawniony**” – osoba, na rzecz której Ubezpieczony przelał wierzycelności z Umowy ubezpieczenia wskazana we Wnioskopolisie lub Aneksie albo innym dokumencie, która w przypadku Zdarzenia innego niż Zgon Ubezpieczonego ma prawo do otrzymania Świadczenia;
 - 43) „**Utrata pracy**” – zdarzenie skutkujące uzyskaniem przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 44) „**Wiek**” – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
 - 45) „**Wnioskopolisa**” – dokument potwierdzający wolę Kredytobiorcy zawarcia lub przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, wymagający formy pisemnej pod rygorem nieważności, a w przypadku podpisania przez Ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 46) „**Zdarzenie**” – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do Świadczenia;
 - 47) „**Zgon**” – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.



Sprawdź, czego dotyczy i co obejmuje Twoje ubezpieczenie.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - Pakiet 1H – Zgon, Trwała i całkowita niezdolność do pracy** oraz, w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia:
 - osoby uzyskujące dochód z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego:
 - **Poważne zachorowanie** albo - jeżeli z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłacił Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia - **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;**
 - **Utrata pracy** albo - jeżeli z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłacił Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia - **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;**
 - osoby nie uzyskujące dochodu z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego:
 - **Poważne zachorowanie** albo - jeżeli z tytułu Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłacił Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia - **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;**
 - Pakiet 2H – Zgon.**
- W odniesieniu do Pakietu 1H status zatrudnienia Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia wpływa na wysokość świadczenia z tytułu Poważnego Zachorowania.
- Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu. Ochrona z tytułu Utraty Pracy oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku obowiązuje na terenie Unii Europejskiej.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia przekroczył Wiek 18 lat i nie przekroczył 65 lat.
- Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest:
 - zawarcie przez Kredytobiorcę z Kredytodawcą Umowy Kredytu w wysokości nieprzekraczającej 2 000 000 PLN, z zastrzeżeniem, że jednocześnie Saldo zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych Kredytów (łącznie z niewypłaconymi transzami), przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 2 000 000 PLN;
 - podpisanie Wnioskopolisy przez Kredytobiorcę oraz Ubezpieczyciela lub Agenta;
 - zobowiązanie Ubezpieczającego do opłacenia Składki.
- Ubezpieczyciel, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, może domagać się od Kredytobiorcy dołączenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub skierować Kredytobiorcę na badania lekarskie. Koszty badań ponosi Ubezpieczyciel.

4. W przypadku Kredytobiorców wnoszących o objęcie Ochroną ubezpieczeniową, dla których łączne Saldo zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych Kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (z uwzględnieniem niewypłaconych transz) przekracza 500.000 złotych, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o dokumenty i badania wskazane przez Ubezpieczyciela:

Saldo zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych Kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela zawiera się w przedziale:	Zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela udzielonej w oparciu o:
powyżej 500.000 PLN do 700.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny
powyżej 700.000 PLN do 900.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie
powyżej 900.000 PLN do 1.200.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie + badania krwi + badanie moczu + badanie układu krążenia
powyżej 1.200.000 PLN do 1.500.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie + badania krwi + badanie moczu + badanie układu krążenia + spirometria + test HIV
powyżej 1.500.000 PLN do 2.000.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie + badania krwi + badanie moczu + badanie układu krążenia + spirometria + test HIV + Kwestionariusz Oceny Finansowej

5. Indywidualna zgoda Ubezpieczyciela wymagana jest również w przypadku gdy:
- wysokość Salda zadłużenia nie przekracza 500.000 PLN, jednak Kredytobiorca nie może złożyć oświadczenia o treści zgodnej z pkt a) Oświadczenia o dobrym stanie zdrowia zawartego we Wnioskopolisie;
 - nie zostały spełnione warunki wskazane w ust. 1 i 2.
6. W przypadkach opisanych w ust. 5 indywidualna zgoda Ubezpieczyciela udzielana jest w oparciu o dokumenty i/lub badania wskazane przez Ubezpieczyciela.
7. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy Kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy spełniający warunki określone w ust. 1 i w ust. 2 niniejszego artykułu, przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy Kredytu może być objętych nie więcej niż czterech Kredytobiorców.
8. W przypadku nie rozpoczęcia się Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia w terminie 24 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia na skutek nie uruchomienia Kredytu w tym okresie, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem tego terminu.



Sprawdź, kiedy zaczyna się i kończy ubezpieczenie.

ART 4.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej w miesięcznych Okresach ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do najbliższego Dnia płatności Raty Kredytu. Każdy kolejny Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu następującym po Dniu płatności Raty Kredytu i trwa do kolejnego Dnia płatności Raty Kredytu łącznie z uwzględnieniem ust. 2.
- Ochrona ubezpieczeniowa jest automatycznie przedłużana na kolejne miesięczne Okresy ubezpieczenia pod warunkiem:
 - opłacenia Składki, zgodnie z postanowieniami art. 8.
 - nie złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela na 30 dni przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia oświadczenia o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, nie dłużej jednak niż do dnia wskazanego w ust. 5 oraz ust. 6.
- W przypadku Podwyższenia Sumy ubezpieczenia wynikającego z:
 - zwiększenia Kwoty Kredytu - odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do kwoty podwyższenia rozpoczyna się w Dniu aktualizacji Sumy ubezpieczenia następującym po dniu zawarcia Aneksu, nie wcześniej niż w dniu wypłaty kwoty podwyższenia,
 - przejęcia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy Kredytu - odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do kwoty podwyższenia rozpoczyna się w dniu zawarcia Aneksu.
- Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony przekroczył Wiek 75 lat;
 - w dniu rozwiązania stosunku prawnego, wynikającego z Umowy Kredytu, łączącego Kredytodawcę z danym Ubezpieczonym.
- Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową ubezpieczenia wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony złożył pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel złożył oświadczenie o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel jest zobowiązany przekazać Ubezpieczonemu informację o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym zgodnie z Harmonogramem zapada ostatnia Rata Kredytu;
 - z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym został zawarty aneks do Umowy Kredytu w związku z przystąpieniem do długu z tytułu Umowy Kredytu lub podwyższeniem Kwoty Kredytu – jeżeli:

- a) Ubezpieczony nie może złożyć Oświadczenia o dobrym stanie zdrowia zawartego w Aneksie;
 - b) Ubezpieczyciel nie wyraził zgody na kontynuację Ochrony ubezpieczeniowej, o ile była wymagana;
 - 6) w przypadku nie opłacenia Składki przez Ubezpieczającego w terminie określonym w art. 8 ust. 3, z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, następującym po Okresie ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka;
 - 7) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Umowa Kredytu została rozwiązana (również w przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu);
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
7. W przypadku, gdy Ubezpieczający odstąpi od Umowy Kredytu, Ubezpieczeni w ramach danej Umowy Kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.



Ubezpieczający może zakończyć Umowę ubezpieczenia przez jej wypowiedzenie. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia. Sprawdź, kiedy i jak to zrobić.

ART 5.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, REZYGNACJA Z UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje z upływem okresu wypowiedzenia tj. z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia albo rezygnacji z ubezpieczenia za pośrednictwem Agenta jest równoznaczne z otrzymaniem tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
5. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia lub rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.



Sprawdź, jakie są obowiązki Ubezpieczającego/Ubezpieczonego. Ich spełnienie jest konieczne, by Ubezpieczyciel (w razie zajścia Zdarzenia) mógł wypłacić Świadczenie.

ART 6.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta, o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub podpisania Aneksu (w odniesieniu do kwoty podwyższenia w przypadku Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, a także w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy przystąpili do Umowy Ubezpieczenia po jej zawarciu), a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.



Sprawdź, jakie są prawa Ubezpieczyciela względem Ubezpieczającego/Ubezpieczonego. Sprawdź, jakie Ubezpieczyciel ma obowiązki.

ART 7.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o zawarcie Umowy ubezpieczenia.



Sprawdź, jakie są zasady ustalania wysokości i opłacania składki.

ART 8.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Wysokość Składki zależy od Sumy ubezpieczenia na dzień naliczenia Składki (dzień płatności Raty Kredytu zgodnie z Harmonogramem w danym Okresie ubezpieczenia) oraz wybranego Pakietu.
3. Składka za dany Okres ubezpieczenia jest pobierana z dołu, w dniu płatności Raty Kredytu, nie później jednak niż do dnia poprzedzającego termin płatności kolejnej Raty Kredytu.

4. Dniem zapłaty Składki jest dzień obciążenia rachunku bankowego Ubezpieczającego.
5. Brak płatności Składki w terminie, o którym mowa w ust. 3 skutkuje zakończeniem Umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia następującym po Okresie ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

ART 9. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** lub **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** równa jest:
 - a) Kwocie Kredytu - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przed wypłatą Kredytu w całości lub wypłatą wszystkich transz albo,
 - b) Saldu zadłużenia wyliczonemu na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy Kredytu, po dniu wypłaty Kredytu w całości lub po wypłacie wszystkich transz -i obowiązuje od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej do dnia poprzedzającego Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 2.000.000 PLN.
2. Wysokość każdej kolejnej Sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** w czasie trwania Umowy ubezpieczenia ustalana jest co dwanaście Okresów ubezpieczenia, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i równa jest:
 - a) Kwocie Kredytu – jeżeli na Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia Kredyt nie został wypłacony w całości lub nie zostały wypłacone wszystkie transze albo
 - b) Saldu zadłużenia wyliczonemu na Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia – jeżeli na ten dzień Kredyt został wypłacony w całości lub zostały wypłacone wszystkie transze Kredytui obowiązuje od Dnia aktualizacji Sumy ubezpieczenia do dnia poprzedzającego kolejny Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 2.000.000 PLN.
3. Łączna Suma ubezpieczenia z tytułu **Utraty pracy** oraz **Poważnego zachorowania** równa jest wartości 24 Rat Kredytu, nie więcej niż 144.000 PLN w całym nieprzerwanym okresie świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym:
 - a) z tytułu Utraty pracy Suma ubezpieczenia równa jest wartości 6 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 36.000 PLN
 - b) z tytułu Poważnego zachorowania Suma ubezpieczenia równa jest wartości 24 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 144.000 PLN (jeżeli Dzień zajścia Zdarzenia przypadła po 60 dniach od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego) lub wartości jednej Raty Kredytu, jednak nie więcej niż 3.000 PLN (jeżeli Dzień zajścia Zdarzenia przypadła w ciągu 60 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego).
4. Suma ubezpieczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** równa jest:
 - na jedno Zdarzenie - wartości maksymalnie 9 Rat Kredytu, nie więcej niż 54.000 PLN
 - na wszystkie Zdarzenia w nieprzerwanym okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela – wartości maksymalnie 18 Rat Kredytu, nie więcej niż 108.000 PLN.

ART 10. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu** lub **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe iloczynowi Sumy ubezpieczenia i Udziału procentowego.
2. W przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
3. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy w kwocie równej iloczynowi Udziału procentowego oraz wysokości Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
4. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 3 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego lub Status osoby poszukującej pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w kwocie równej iloczynowi Udziału procentowego oraz wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu odpowiednio Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy.
5. Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń z tytułu Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 6.000 PLN.
6. Jeżeli Utrata pracy wystąpi w ciągu pierwszych 60 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie, wyliczone na podstawie iloczynu Udziału procentowego i wysokości Raty Kredytu przypadającej do zapłaty po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego lub Statusu osoby poszukującej pracy, jednak nie więcej niż 3.000 PLN.
7. W przypadku Utraty pracy przez osoby zatrudnione na czas określony, Ubezpieczyciel będzie wypłacać Świadczenia nie dłużej niż do dnia, w którym wygasłaby umowa o pracę lub stosunek służbowy zawarte na czas określony, gdyby Utrata pracy nie nastąpiła.
8. W przypadku **Poważnego zachorowania** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości uzależnionej od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia:
 - a) dla osób uzyskujących dochód z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego wysokość Świadczenia równa jest iloczynowi Udziału procentowego oraz sumy 12 kolejnych Rat Kredytu przypadających do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 6.000 PLN na jedną Ratę Kredytu i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na Dzień zajścia Zdarzenia;
 - b) dla osób nie uzyskujących dochodu z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego - wysokość Świadczenia równa jest iloczynowi Udziału procentowego oraz sumy 24 kolejnych Rat Kredytu przypadających do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 6.000 PLN na jedną Ratę Kredytu i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na Dzień zajścia Zdarzenia.
9. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 60 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie wyliczone na podstawie iloczynu Udziału procentowego i wysokości jednej Raty Kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 3.000 PLN.

10. W przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości iloczynu Udziału procentowego i Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
11. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 10 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości iloczynu Udziału procentowego i Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
12. Z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 9 Świadczeń na jedno Zdarzenie Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jednak nie więcej niż 18 Świadczeń w ciągu całego nieprzerwanego okresu świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 6 000 PLN.
13. Kwota Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wyliczana jest w oparciu o Harmonogram obowiązujący w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia lub – w przypadku aktualizacji Sumy ubezpieczenia – w Dniu aktualizacji Sumy ubezpieczenia bezpośrednio przed zajściem Zdarzenia.
14. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub, gdy żaden z Uposażonych w dniu Zgonu Ubezpieczonego nie żył albo wszyscy Uposażeni utracili prawo do Świadczenia, uprawnionymi do otrzymania Świadczenia są członkowie rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci - jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) inni spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.



Sprawdź, w jaki sposób możesz zgłosić roszczenie.

ART 11. SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - 1) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl (zakładka: „Zgłoś roszczenie on-line”) lub
 - 2) wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - 3) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na formularzu zgłoszenia roszczenia oraz dołączenie dokumentów wskazanych w OWU.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników lub pełnomocników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
4. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 3, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4.
5. Jeżeli Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia w terminie określonym w ust. 3 lub 4, powinien zawiadomić na piśmie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie oraz powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 3 i 4, przekazuje pisemną informację osobie występującej z roszczeniem oraz Ubezpieczonemu, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie. Ubezpieczyciel wskazuje 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 roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego .
9. W celu zgłoszenia roszczenia należy przekazać Ubezpieczycielowi:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp); - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);

	<ul style="list-style-type: none"> - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych OWU; - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku)); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania; - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; <ul style="list-style-type: none"> - w celu wykazania uprawnienia do podwyższonego Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, w odniesieniu do osób nie uzyskujących dochodu z tytułu umowy o pracę lub stosunku służbowego - zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia, to jest w przypadku: <ul style="list-style-type: none"> - emerytów i rencistów – zaświadczenie z ZUS lub innego organu rentowego o przyznaniu emerytury lub renty, - rolników i małżonków rolników – zaświadczenie z KRUS o opłacaniu składek na KRUS, - osób pracujących w ramach umowy o pracę lub stosunku służbowego przez okres krótszy niż 18 miesięcy – zaświadczenie/a od pracodawcy/ów, z którego/ych wynika długość zatrudnienia w okresie ostatnich 18 miesięcy przed zajściem Zdarzenia, - pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej – kopia umowy cywilnoprawnej - prowadzących działalność gospodarczą – wypis z CEIDG lub z rejestru przedsiębiorców KRS lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru. - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
Utrata pracy	<ul style="list-style-type: none"> - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy; - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę); - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu osoby poszukującej pracy (w odniesieniu do Rolników) lub Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych (jeżeli przysługuje); - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia. <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u> kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego i prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych (jeżeli przysługuje) lub Statusu osoby poszukującej pracy w ostatnim dniu danego okresu.</p>
Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego); - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np. dodatkowa dokumentacja medyczna). <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).</p>



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia

ART 12.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Zdarzenie	Wyłączenia
	Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
Zgon	<ol style="list-style-type: none"> self-sabotazem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej lub Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, w odniesienia do kwoty podwyższenia; czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

<p>Trwała i całkowita niezdolność do pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) próbą samobójstwa; c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; d) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności; f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; g) udziałem w zawodach oraz wyczynowym i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego 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; h) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
<p>Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa; c) udziałem w zawodach oraz wyczynowym i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego 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; d) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności; f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
<p>Poważne zachorowanie</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; c) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
<p>Utrata pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) rozwiązaniem przez Ubezpieczonego stosunku służbowego lub 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) rozwiązaniem stosunku służbowego lub 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) rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby; d) rozwiązaniem umowy o pracę lub stosunku służbowego z upływem okresu na jaki były zawarte; e) rozwiązaniem stosunku służbowego lub umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub przed Dniem rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego z tytułu Utraty pracy.



Zapoznaj się z zasadami opodatkowania Świadczeń.

ART 13.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.

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



Możesz się do nas zwrócić w przypadku niezadowolenia z naszych usług.
Poznaj zasady składania i rozpatrywania reklamacji.

ART 14. ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa lub 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 Reklamację 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 Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



Jeśli nie można zakończyć polubownie sporu z Ubezpieczycielem, zawsze otwarta jest droga dochodzenia roszczeń w sądzie. Poznaj zasady dotyczące sądowego dochodzenia roszczeń.

ART 15. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwa o roszczenia 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).
4. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2013 poz. 392 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

ART 16. 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.

ART 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Kredytobiorców o indeksie BNPP/HIPOTEKACPI_3_2.2/2019 zatwierdzone odpowiednio przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Dyрекcję Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 18 marca 2019, zmienione uchwałą z dnia 30 września 2021 roku, wchodzi w życie z dniem 1 października 2021 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Grzegorz Jurczyk

Prezes Zarządu i Reprezentant zagranicznego przedsiębiorcy w oddziale

Pierre Alexis-Brabis

Członek Zarządu