



SZCZEGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART KREDYTOWYCH – PAKIET BEZPIECZEŃSTWO o indeksie BGZBNPP/CARDCPI_5_1.1/2018

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

Dodatkowo na samym końcu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	<ul style="list-style-type: none"> • art. 2 ust. 2 w związku z art. 1 ust 11), 17), 26), 38)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	<ul style="list-style-type: none"> • art. 4 w związku z art. 1 ust. 11), 12), 17), 22), 26), 27), 28), 29), 30), 35), 38) • art. 10 w związku z art. 1 ust. 9), 11), 17), 20), 22), 24), 25), 26), 38), • art. 13 w związku z art. 1 ust. 5), 10), 17), 26), 28), 29), 38)

Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Posiadaczy Kart Kredytowych - Pakiet Bezpieczeństwo oznaczone indeksem **BGZBNPP/CARDCPI_5_1.1/2018** stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców/Posiadaczy Kart, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”.



**Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci
rozumienie OWU**

art. 1

DEFINICJE

W Szczególnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia Posiadaczy Kart Kredytowych - Pakiet Bezpieczeństwo oznaczonych indeksem **BGZBNPP/CARDCPI_5_1.1/2018** (dalej zwane: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

1) **„Agent”** - przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie składki ubezpieczeniowej; 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) **„Bank”** - Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna, będący wydawcą Karty;
- 3) **„Choroba”** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym ustroju Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 4) **„Deklaracja ubezpieczeniowa”** – dokument potwierdzający przystąpienie Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia, złożony w formie:

- a) dokumentowej, albo
- b) pisemnej pod rygorem nieważności, na formularzu Ubezpieczyciela;
- 5) **„Dzień przystąpienia do ubezpieczenia”** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego oświadczenia woli o przystąpieniu do Umowy ubezpieczenia, o treści zgodnej z treścią Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 6) **„Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej”** – dzień otwarcia Rachunku Karty, a w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia po otwarciu Rachunku Karty, pierwszy dzień Okresu rozliczeniowego Karty następującego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia;
- 7) **„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 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 niniejszych SWU;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 8) **„Karta”** – karta kredytowa umożliwiająca wykonanie Transakcji w ciężar Limitu kredytowego wydana przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A.;
- 9) **„Limit kredytowy”** – kwota przyznanego Posiadaczowi Karty odnawialnego kredytu na podstawie Umowy o Kartę;
- 10) **„Nieszczęśliwy wypadek”** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 11) **„Ochrona ubezpieczeniowa”** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w SWU;
- 12) **„Okres rozliczeniowy Karty”** – okres oznaczony w Umowie o Kartę, w którym rozliczane są Transakcje i za który Bank wystawia Zestawienie Transakcji;
- 13) **„Okres ubezpieczenia”** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu Karty, automatycznie przedłużany na kolejne Okresy ubezpieczenia;
- 14) **„Orzeczenie”** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- a) 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 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,
- b) 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;
- 15) **„Osoba składająca Reklamację”** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
- 16) **„Posiadacz Karty”** – konsument posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, z którym Bank zawarł Umowę o Kartę;
- 17) **„Poważne zachorowanie”** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy 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 IA) =< Imm, poziom II lub III, bez owrodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomórkowy 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;
- b) **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);
- c) **udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
- e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako

biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.

Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

- 18) **„Rachunek Karty”** – rachunek bankowy prowadzony przez Bank, na którym rozliczane są Transakcje dokonane przy użyciu Kart przypisanych do danego Rachunku Karty;
- 19) **„Reklamacja”** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 20) **„Saldo zadłużenia”** – łączna kwota istniejących w danej chwili zobowiązań Posiadacza Karty, które wynikają z Umowy o Kartę, z wyłączeniem zobowiązań z tytułu Transakcji promocyjnych;
- 21) **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 22) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 23) **„Świadczenie”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 24) **„Transakcja”** - przewidziana w Umowie o Kartę wpłata, transfer lub wypłata środków pieniężnych udostępnionych przez Bank w ramach Limitu kredytowego;
- 25) **„Transakcja Promocyjna”** – opcja spłaty w ratach Transakcji dokonanej w ramach Limitu kredytowego w Karcie przyznana na podstawie zaakceptowanej przez Posiadacza Karty oferty promocyjnej Banku;
- 26) **„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 SWU;
- 27) **„Ubezpieczający”** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 28) **„Ubezpieczony”** – Posiadacz Karty objęty Ochroną ubezpieczeniową;
- 29) **„Ubezpieczyciel”** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2, będąca podmiotem świadczącym Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU;
- 30) **„Umowa o Kartę”** – umowa o Kartę zawarta pomiędzy Bankiem a Posiadaczem Karty, na mocy której Bank przyznaje Posiadaczowi Karty Limit kredytowy związany z Rachunkiem Karty i wydaje Kartę;
- 31) **„Umowa ubezpieczenia”** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych SWU;
- 32) **„Uposażony”** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego w Deklaracji ubezpieczeniowej, uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 33) **„Uprawniony”** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego w Deklaracji ubezpieczeniowej, która w przypadku Zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego jest uprawniona do otrzymania Świadczenia;
- 34) **„Użytkownik”** – osoba fizyczna wskazana przez Posiadacza Karty, pełnoletnia, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, niebędąca stroną Umowy o Kartę;
- 35) **„Wiek”** – liczba ukończonych lat życia;
- 36) **„Zdarzenie”** – zdarzenie wymienione w niniejszych SWU, które miało

miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;

- 37) **„Zestawienie Transakcji”** – sporządzone raz w miesiącu przez Bank zestawienie dokonanych przez Posiadacza Karty i Użytkowników Transakcji oraz naliczonych przez Bank prowizji i opłat w danym Okresie rozliczeniowym Karty oraz inne informacje dotyczące indywidualnej Transakcji, tj. data Transakcji oraz kurs walutowy zastosowany w przeliczeniu Transakcji, w tym informacja o terminie spłaty i minimalnej kwocie do zapłaty, a także informacja o aktualnej wysokości stopy oprocentowania Limitu kredytowego oraz inne informacje wymagane przez przepisy prawa;
- 38) **„Zgon”** - zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje (Pakiet zawiera ryzyka, które w tabeli są oznaczone ciemniejszym kolorem):

Nazwa pakietu	Zgon	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Poważne zachorowanie
Pakiet 1	✓	✓	
Pakiet 2	✓	✓	✓

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

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Posiadacz Karty, którego Wiek w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia wynosi co najmniej 18 lat i nie przekracza 75 lat.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Posiadacz Karty:
 - a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową albo złożył oświadczenie o woli przystąpienia do Umowy ubezpieczenia o treści zgodnej z treścią Deklaracji ubezpieczeniowej;
 - b) zawarł z Bankiem Umowę o Kartę, w ramach której przyznany Limit kredytowy nie przekracza 70.000 PLN.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

1. Okres ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i jest równy Okresowi rozliczeniowemu Karty. Okres ubezpieczenia jest automatycznie przedłużany na kolejne Okresy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - a) w ostatnim dniu danego Okresu ubezpieczenia w przypadku:
 - złożenia pisemnej rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego;
 - ukończenia przez Ubezpieczonego Wiek 75 lat;
 - wypowiedzenia Umowy o Kartę;
 - rozwiązania Umowy o Kartę;
 - b) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - c) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia pod warunkiem wypłaty Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - d) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, za który została opłacona Składka, ust. 1; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi

art. 2

art. 3

art. 4

art. 5

pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta lub Ubezpieczającego.

2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony skutecznie złożył Ubezpieczycielowi, pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Agenta rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych SWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o przystąpienie do ubezpieczenia.

art. 8

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać na dedykowanym formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta.
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 Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

art. 9

SKŁADKA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach i warunkach wskazanych w SWU.
2. Składka zależna jest od wysokości Salda zadłużenia na dzień naliczenia Składki.
3. Składka jest płatna z dołu i jest należna w ciągu 30 dni od daty zakończenia danego Okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia objętego Ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem Składki za Okres ubezpieczenia, w którym zaszło to Zdarzenie, Świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej Składki z uwagi na fakt, iż Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości.

art. 10

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania jest równa Saldu zadłużenia z dnia Zdarzenia, przy czym nie więcej niż:
 - Saldo zadłużenia będące podstawą naliczenia składki za Okres

ubezpieczenia, w którym zaszło Zdarzenie;

- przyznany Limit kredytowy;

- 70.000 PLN.

2. Saldo zadłużenia nie uwzględnia zadłużenia z tytułu Transakcji Promocyjnych ani Transakcji dokonanych po dniu wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 11

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 SWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku, gdy Poważne zachorowanie nastąpi w czasie pierwszych 30 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w maksymalnej wysokości 50 PLN.
3. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
4. W przypadku wskazania przez Ubezpieczonego Uposażonego, Świadczenie z tytułu Zgonu wypłacane jest Uposażonemu. W sytuacji, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z uprawnionych Uposażonych Świadczenie przypada najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności i w częściach:
 - a) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - b) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
5. Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania wypłacane jest Ubezpieczonemu. Ubezpieczony może przenieść prawo do ww. Świadczenia na Uprawnionego, wówczas to Świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu na zasadach określonych w dokonanej cesji.

art. 12

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia w formie pisemnej np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego dokumenty wskazane w ust. 9.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do zgłoszenia roszczenia były oryginałami lub odpisami albo były poświadczone za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Agenta lub przez uprawniony do tego organ. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być zrealizowane 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 wypłaci 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 pisemnie osobę występującą z roszczeniem, 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 osobę zgłaszającą roszczenie, przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uprawnionego lub Uposażonego.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:

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); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU; - 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 katalogu Poważnych zachorowań; - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).



Sprawdź w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia

art. 13

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

Zdarzenie	Odowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:
Zgon	<ol style="list-style-type: none"> a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu 12 miesięcy od Dnia przystąpienie do ubezpieczenia, b) 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, c) usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa, 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) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	<ol style="list-style-type: none"> a) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, b) 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, c) próbą samobójstwa, samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności, 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) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony, f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Poważne zachorowanie

- a) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- b) 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,
- c) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

art. 14

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia 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.).
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.).

art. 15

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 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, w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz w 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 wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia których zależy rozpatrzenie Reklamacji, a także 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.

art. 16

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa

polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania lub siedziby 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).

art. 17

SYSTEM MONETARNY

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

art. 18

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 Szczególne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Posiadaczy Kart Kredytowych o indeksie BGZBNPP/CARDCPI_5_1.1/2018 wchodzi w życie z dniem 21 grudnia 2018 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa



Telefon: 801 801 111, +48 22 319 00 00, +48 22 529 17 09
Fax: +48 22 529 01 01



Aby zgłosić roszczenie online wejdź na stronę: roszczenia.cardif.pl
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