



Drogi Kliencie,

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

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

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

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
a) Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	ART. 2 ust. 2, w związku z ART. 1 ust. 6, 16, 21, 22, 30, 31, 37, 40 i 41 ART. 4, w związku z ART. 1 ust. 1, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 26, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 37, 38, 39, 41 ART. 9, w związku z ART. 1 ust. 2, 6, 7, 9, 10, 11, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 30, 31, 34, 35, 37, 40, 41 ART. 10, w związku z ART. 1 ust. 6, 7, 9, 16, 21, 22, 23, 27, 28, 29, 30, 31, 34, 37, 40, 41
b) Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12, w związku z ART. 1 ust. 4, 7, 21, 22, 31, 37, 40, 41

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BP/HIPOTEKACPI_3_1.0/2018 (dalej: OWU), stosuje się odpowiednio do:

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



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

ART 1. DEFINICJE

W OWU oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent ubezpieczeniowy** – Bank Pocztowy S.A. z siedzibą w Bydgoszczy, przy ul. Jagiellońskiej 17, 85-959 Bydgoszcz, będący agentem ubezpieczeniowym, wykonujący czynności w zakresie dystrybucji ubezpieczeń na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych pod

numerem 11198988/A prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, który w związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzyma wynagrodzenie prowizyjne uwzględnione w kwocie Składki ubezpieczeniowej;

- 2) **Całkowita kwota Kredytu** – wartość udzielonego Kredytu określona w Umowie Kredytu;
- 3) **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;
- 4) **Działalność gospodarcza** – oznacza prowadzenie działalności gospodarczej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej we własnym imieniu i na własny rachunek, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, wykonywana w sposób zorganizowany i ciągły, z której uzyskiwane są dochody stanowiące główne źródło utrzymania. Za Działalność gospodarczą nie uznaje się działalności wykonywanej okresowo, hobbystycznie lub której głównym celem nie jest przynoszenie dochodu;
- 5) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – Dzień następujący po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że:
 - a) w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia - nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu Składki,
 - b) w odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia - pierwszy dzień po upływie Pierwotnego okresu ubezpieczenia, oraz nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu bądź pierwszej transzy Kredytu.
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień Zgonu wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego; a w przypadku osób fizycznych prowadzących własną Działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania Działalności gospodarczej z odpowiedniej ewidencji,
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - d) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych OWU;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo, gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - e) 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;
- 7) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczającego i Ubezpieczyciela lub Agenta;
- 8) **Główny Kredytobiorca** – Kredytobiorca uzyskujący najwyższy dochód netto, uwzględniony przez Bank przy wyliczaniu zdolności kredytowej w ramach danej Umowy Kredytu;
- 9) **Harmonogram spłat** – dokument opracowany dla potrzeb danej Umowy Kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej Raty Kredytu;
- 10) **Kontynuacja ubezpieczenia** – Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu po upływie Pierwotnego okresu ubezpieczenia, na podstawie zgody wyrażonej przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie. Ochrona udzielana jest w okresach miesięcznych, automatycznie wznawianych na kolejne Okresy ubezpieczenia odpowiadające Miesiącom rozliczeniowym;
- 11) **Kredyt** – kredyt hipoteczny lub pożyczka hipoteczna, udzielony Kredytobiorcy przez Kredytodawcę zgodnie z regulacjami Kredytodawcy, którego docelowym zabezpieczeniem jest obciążenie kredytowanej nieruchomości hipoteką;
- 12) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną Działalność gospodarczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła (lub wnioskuje o zawarcie) z Kredytodawcą Umowę Kredytu;
- 13) **Kredytodawca (Bank)** – Bank Poczty S.A. z siedzibą w Bydgoszcy przy ul. Jagiellońskiej 17, 85-959 Bydgoszcz, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 14) **Miesiąc rozliczeniowy** - okres nie dłuższy niż 31 dni kalendarzowych, odpowiadający okresowi przyjętemu w Umowie Kredytu dla rozliczeń związanych ze spłatą Rat Kredytu w ramach Umowy Kredytu;
- 15) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 16) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 17) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, równy:
 - a) 36 miesięcy – w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia, w przypadku braku wyrażenia przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie woli Kontynuacji ubezpieczenia,
 - b) Miesiącowi rozliczeniowemu – w odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia, w przypadku wyrażenia przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie woli na Kontynuację ubezpieczenia;
- 18) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:

- a) Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu) 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,
- b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), 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 lub inna osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia, w tym również Uposażony;
- 20) **Pierwotny okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, wskazany we Wnioskopolisie, trwający 36 miesięcy od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
- 21) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 7 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 22) **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 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 1A (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;
- b) **zawał serca** – zawał serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
- c) **udar mózgu** – 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 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 wszczepienie 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;

- 23) **Rata Kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, którego warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu i wskazane w Harmonogramie spłat, obejmujące kapitał Kredytu i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej 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 nie uwzględniające dopłaty do oprocentowania;
- 24) **Saldo zadłużenia** – całkowite zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, wyliczane na dany dzień, odpowiadające sumie:
 - a) kapitału Kredytu pozostałego do spłaty w tym dniu;
 - b) odsetek według przewidzianej Umową Kredytu stopy procentowej, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału;
 - c) odsetek karnych według przewidzianej Umową Kredytu stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału Kredytu;
 - d) opłat i prowizji przewidzianych Umową Kredytu;
- 25) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności.
- 26) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 27) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego:
 - a) z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
 - b) 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;
- 28) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia;
- 29) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, 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 lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 30) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu lub Uposażonemu, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 31) **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;
- 32) **Ubezpieczający (Ubezpieczony)** – Kredytobiorca wskazany we Wnioskopolisie, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki, jednocześnie jako Ubezpieczony objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU;
- 33) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
 - a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78 w zakresie ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub,
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78 w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 34) **Umowa Kredytu** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 35) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 36) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
- 37) **Utrata pracy** –

- a) w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego – zdarzenie skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego, rozumiane jako rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, określony lub na czas wykonania określonej pracy, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w OWU;
- b) w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą – wyrejestrowanie działalności gospodarczej spowodowane przyczynami ekonomicznymi, tj. w sytuacji, gdy:
1. w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie ubezpieczeniowe, przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Działalność gospodarcza przynosiła straty, lub;
 2. łączny skumulowany wynik za ostatnie 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie jest ujemny, lub;
 3. osoba prowadząca Działalność gospodarczą rozwiązała umowę z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów w ciągu ostatnich 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie;
- a nadto Ubezpieczony prowadził Działalność gospodarczą co najmniej 24 miesiące oraz uzyskał Status bezrobotnego i nabył prawo do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w OWU;
- 38) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 39) **Wnioskopolisa** – dokument podpisany przez Ubezpieczającego, stanowiący wniosek Ubezpieczającego o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, a w przypadku podpisania przez Ubezpieczyciela lub Agenta, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia;
- 40) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskania o wypłatę Świadczenia;
- 41) **Zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres Ochrony ubezpieczeniowej obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - Zgon,
 - Trwała i całkowita niezdolność do pracy,
 - Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, oraz
 - w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:
 - **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną Działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego, albo
 - **Poważne zachorowanie** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega Ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy lub **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**, jeżeli zostało już wypłacone przez Ubezpieczyciela Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia przekroczył Wiek 18 lat i nie przekroczył 65 lat.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest:
 - a) zawarcie przez Kredytobiorcę z Kredytodawcą Umowy Kredytu na okres nieprzekraczający 35 lat, 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;
 - b) podpisanie Wnioskopolisy przez Kredytobiorcę oraz Ubezpieczyciela lub Agenta;
 - c) zobowiązanie Kredytobiorcy do opłacenia Składki;
3. Ubezpieczyciel, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, może domagać się od Kredytobiorcy dołączenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Kredytobiorcę na badania lekarskie.
5. Koszty badań, o których mowa w ust. 4 i 6 ponosi Ubezpieczyciel.
6. W przypadku Kredytobiorców wnioskujących o zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla których łączne Saldo zadłużenia przypadające na danego Kredytobiorcę z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych Kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela (łącznie odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do danego Kredytobiorcy, z uwzględnieniem niewypłaconych transz) przekracza 500.000 złotych zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o dokumenty i badania wskazane przez Ubezpieczyciela:

Wysokość Salda 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 1
powyżej 1.200.000 PLN do 1.500.000 PLN	Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny + badanie lekarskie + badania krwi + badanie moczu + badanie układu krążenia 2 + 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 2 + spirometria + test HIV + Kwestionariusz Oceny Finansowej

7. Indywidualna zgoda Ubezpieczyciela wymagana jest również w przypadku Salda zadłużenia nie przekraczającego 500.000 złotych, jeżeli:
 - a) Kredytobiorca wnioskuje o zawarcie Umowy ubezpieczenia po dniu zawarcia Umowy Kredytu;
 - b) Kredytobiorca nie może podpisać „Deklaracji dobrego stanu zdrowia” zawartej we Wnioskopolisie;
 - c) Kredytobiorca wnioskuje o podwyższenie kwoty Kredytu po zawarciu Umowy Kredytu;
 - d) nie zostały spełnione warunki wskazane w ust. 1 i 2.
8. Indywidualna zgoda Ubezpieczyciela ważna jest 60 dni od dnia wydania.
9. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy Kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty tylko Główny Kredytobiorca lub wszyscy Kredytobiorcy, spełniający warunki określone w ust. 1 i w ust. 2 niniejszego Artykułu, przy czym każdy Kredytobiorca może zawrzeć Umowę ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, czyli jednocześnie jako Ubezpieczający i Ubezpieczony.
10. W przypadku zawarcia przez Kredytobiorcę będącego Ubezpieczonym aneksu do Umowy Kredytu powodującego podwyższenie kwoty Kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona po uzyskaniu przez Ubezpieczonego indywidualnej zgody Ubezpieczyciela, zgodnie z postanowieniami niniejszego Artykułu.
 - a) W przypadku zgody Ubezpieczyciela Ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana w oparciu o Harmonogram spłat obowiązujący na dzień naliczenia Składki za dany Okres ubezpieczenia;
 - b) W przypadku braku zgody Ubezpieczyciela Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z końcem danego Okresu ubezpieczenia. Do tego czasu Ochrona ubezpieczeniowa jest kontynuowana w oparciu o Harmonogram spłat obowiązujący na dzień naliczenia Składki za dany Okres ubezpieczenia.
11. W przypadku nie rozpoczęcia się Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia w terminie 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia na skutek nie uruchomienia Kredytu w tym okresie, Umowa ubezpieczenia wygasa z upływem tego terminu.

Jak długo trwa Twoja ochrona



Karencja

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) **w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) **sześćdziesiątego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy, w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego jeżeli Umowa ubezpieczenia została zawarta najpóźniej w dniu zawarcia Umowy Kredytu lub **dziewięćdziesiątego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej**, jeżeli Umowa Ubezpieczenia została zawarta po zawarciu Umowy Kredytu;
 - c) **dziewięćdziesiątego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania;
 - d) **sto osiemdziesiątego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą, z zastrzeżeniem, że w odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Artykułu 8.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej Umowy ubezpieczenia wygasa:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;

- c) z dniem wypłaty świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania lub Utraty pracy – w odniesieniu do ochrony z tytułu Poważnego zachorowania lub Utraty pracy;
 - d) w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył Wiek 70 lat;
 - e) w dniu, w którym Ubezpieczony ukończył Wiek 65 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy;
 - f) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia:
 - w trakcie Pierwotnego okresu ubezpieczenia - z dniem, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Ubezpieczycielowi lub Agentowi ubezpieczeniowemu oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - w trakcie Kontynuacji ubezpieczenia - z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Ubezpieczycielowi lub Agentowi ubezpieczeniowemu oświadczenie o wypowiedzeniu;
 - g) w dniu w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - h) z upływem Pierwotnego okresu ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził we Wnioskopolisie zgody na Kontynuację ubezpieczenia;
 - i) w przypadku Kontynuacji ubezpieczenia – w ostatnim dniu danego Miesiąca rozliczeniowego, 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 danego Miesiąca rozliczeniowego;
 - j) z dniem określonym w Umowie Kredytu jako dzień zapadalności ostatniej Raty Kredytu;
 - k) z upływem 420 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - l) w przypadku nieopłacenia w terminie Składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego:
 - Ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się – w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia,
 - z ostatnim dniem Kontynuacji ubezpieczenia, za który przypadała niezapłacona Składka – w odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia,
 - m) z dniem wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu;
 - n) z dniem rozwiązania Umowy Kredytu;
 - o) z upływem Okresu ubezpieczenia, w którym został zawarty aneks podwyższający kwotę Kredytu – jeżeli Ubezpieczyciel nie wyraził zgody na świadczenie Ochrony ubezpieczeniowej po zawarciu aneksu podwyższającego kwotę Kredytu;
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

ART 5. WYPOWIEDZENIE ORAZ ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia uznaje się za skuteczne z dniem, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia - w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia oraz z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia - w odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia. Otrzymanie przez Agenta ubezpieczeniowego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
3. Jeżeli Umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia., w sposób wskazany w ust. 1. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. Otrzymanie przez Agenta ubezpieczeniowego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
4. Wypowiedzenie lub odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

ART 7. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczający obowiązany jest podpisać Wnioskopolisę na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczający ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

ART 8. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. W Pierwotnym okresie ubezpieczenia Składka opłacana jest jednorazowo i naliczana jest od:
 - a. Całkowitej kwoty Kredytu podzielonej przez liczbę Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu - w odniesieniu do osób zawierających Umowę ubezpieczenia najpóźniej w dniu uruchomienia Całkowitej kwoty Kredytu lub
 - b. kapitału Kredytu pozostającego do spłaty na dzień naliczenia Składki podzielonego przez liczbę Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu - w odniesieniu do osób zawierających Umowę Ubezpieczenia po uruchomieniu Całkowitej kwoty Kredytu.
3. W odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia Składka powinna zostać opłacona w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia i zależy od Salda zadłużenia na dzień naliczenia Składki podzielonego przez liczbę Ubezpieczonych w ramach danego Kredytu.
4. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Pierwotnego okresu ubezpieczenia, za którą została zapłacona Składka, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego o zwrot Składki zwróci Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego część Składki odpowiadającą niewykorzystanemu Okresowi ubezpieczenia, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z = S - \left(S \times \frac{k}{n} \right) *$$

* zaokrąglone do 2 miejsc po przecinku

gdzie:

Z – składka do zwrotu

S – kwota pierwotnie zapłaconej Składki

n – Pierwotny okres ubezpieczenia w dniach

k – liczba faktycznie wykorzystanych dni Pierwotnego okresu ubezpieczenia.



Sprawdź, kiedy
i jaką sumę
wypłacimy

ART 9. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** lub **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** równa jest:
 - a) w przypadku wypłaty Kredytu w transzach, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce przed wypłatą Całkowitej kwoty Kredytu - Całkowitej kwocie Kredytu określonej w Umowie Kredytu;
 - b) w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego po wypłacie całkowitej kwoty Kredytu - sumie:
 - kapitału Kredytu pozostałego do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia zgodnie z Harmonogramem spłat obowiązującym w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia – w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia, albo Salda zadłużenia pozostałego do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia - w odniesieniu do Kontynuacji ubezpieczenia;
 - odsetek według przewidzianej Umową Kredytu stopy procentowej, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału (za okres od Dnia zajścia Zdarzenia do podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni);
 - odsetek karnych według przewidzianej Umową Kredytu stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału Kredytu (za okres od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni);
 - opłat i prowizji przewidzianych Umową Kredytu (naliczonych w okresie od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższym niż 120 dni);nie więcej niż Całkowita kwota Kredytu oraz nie więcej niż **2.000.000 PLN w przypadku Zgonu i 500.000 PLN w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** w ciągu każdych kolejnych 36 miesięcy nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej równa jest wartości 12 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 99.600 PLN jeżeli Ubezpieczonemu przysługuje prawo do Świadczenia z tytułu Poważnego

zachorowania lub nie więcej niż 199.200 PLN, jeżeli Zdarzenie będzie miało miejsce po wygaśnięciu Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Poważnego zachorowania.

3. Suma ubezpieczenia na wypadek **Poważnego zachorowania** równa jest wartości 6 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 49.800 PLN.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek **Utraty pracy** równa jest wartości 24 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 199.200 PLN.
5. Jeżeli Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.

ART 10. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego zachorowania, Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych w ramach danej Umowy Kredytu, na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 7 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku, gdy po zakończeniu 7 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 4 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jednak nie więcej niż 12 Świadczeń ubezpieczeniowych w ciągu każdych kolejnych 36 miesięcy nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 8.300 PLN, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Jeżeli Ubezpieczony kontynuuje ochronę po wypłacie Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania, kwota Świadczenia miesięcznego z tytułu **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** wynosi 200% Raty Kredytu, nie więcej niż 16.600 PLN.
8. W przypadku **Poważnego zachorowania** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 6 kolejnych Rat Kredytu przypadających do zapłaty po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 8.300 PLN na jedną Ratę Kredytu.
9. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach;
10. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 9 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego;
11. Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 24 Świadczenia ubezpieczeniowe z tytułu Utrat pracy w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Utraty pracy i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 8.300 PLN.
12. W przypadku Utraty pracy przez osoby zatrudnione na czas określony na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego, Ubezpieczyciel będzie wypłacać Świadczenia miesięczne nie dłużej niż do dnia, w którym wygasłaby umowa o pracę, stosunek służbowy lub kontrakt menadżerski zawarte na czas określony, gdyby Utrata pracy nie nastąpiła.
13. Kwota Świadczenia ubezpieczeniowego wyliczana jest w oparciu o Harmonogram spłat obowiązujący w dniu naliczenia Składki za Okres ubezpieczenia, w którym zaszło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

ART 11. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej, np. na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 13 niniejszego Artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników Banku lub przez

uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.

3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego / Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego Artykułu okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego Artykułu.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 niniejszego Artykułu Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
7. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Wypłata Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego.
10. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
11. 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:
 - a. współmałżonek,
 - b. w równych częściach dzieci, jeśli brak współmałżonka,
 - c. w równych częściach rodzice, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d. w równych częściach rodzeństwo, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e. inni spadkobiercy Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
12. Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Utrata pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego wypłacane jest Ubezpieczonemu.
13. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego 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; - 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); - numer rachunku bankowego Uposażonego, na który dokonana zostanie wypłata Świadczenia; - kopię dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego, będącego osobą fizyczną lub kopię dokumentu rejestrowego Uposażonego będącego osobą prawną; - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).

<p>Trwała i całkowita niezdolność do pracy</p>	<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 ubezpieczeniowego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku)); - numer rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata Świadczenia; - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
<p>Poważne zachorowanie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania, - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego, - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia, - numer rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata Świadczenia; - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
<p>Utrata pracy</p>	<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 - w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę), - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych, - numer rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata Świadczenia; - oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia Działalności gospodarczej (w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą): <ul style="list-style-type: none"> a) z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub b) w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej Działalności gospodarczej za ostatnie 6 miesięcy, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, prowadzenia Działalności gospodarczej jest ujemny lub c) z powodu rozwiązania umowy z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów Działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia); - zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości – w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą; - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u> kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz Statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu.</p>
<p>Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego 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); - numer rachunku bankowego, na który dokonana zostanie wypłata Świadczenia; - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna). <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).



ART 12. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Zdarzenie	Wyłączenia
Zgon	Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z: a) 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, b) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, d) 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	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) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, c) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności, d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, e) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony, f) 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;
Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	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) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość. e) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony, f) 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;
Poważne zachorowanie	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) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; d) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
Utrata pracy	1) w odniesieniu do osób fizycznych: a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę lub kontraktu menadżerskiego 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, umowy o pracę lub kontraktu menadżerskiego za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn nie dotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności

- Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
- c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę lub zleceniodawcę odpowiednio stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu zapisów kontraktu menadżerskiego lub przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego z upływem okresu na jakie były zawarte;
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę lub kontraktu menadżerskiego, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub przed rozpoczęciem odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego z tytułu Utraty pracy, zgodnie z Art. 4 ust. 1 b);
- 2) **w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą:**
- a) usiłowania popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - b) zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego z innych powodów niż ekonomiczne;
 - c) zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej w następstwie wniosków złożonych przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 180 dni od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

ART 13. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.).
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy Ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

ART 14. ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamację można złożyć w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów.
2. Reklamacja może być złożona:
 - a. w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Ubezpieczyciela przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa, przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. – Prawo pocztowe (Dz. U. poz. 1529 oraz z 2015 r. poz. 1830),
 - b. ustnie - telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów, o której mowa w pkt a),
 - c. e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
3. 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. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 3 niniejszego Artykułu, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Reklamację może wnieść odwołanie odpowiednio do Zarządu lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub zwrócenie się do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Osoba składająca Reklamację ma prawo złożyć Reklamację osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Reklamacji załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Reklamację.
9. Na żądanie Osoby składającej Reklamację, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Reklamacji pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Reklamację.
10. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Reklamację zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Reklamacji.

11. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Reklamacji, Osoba składająca Reklamację powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
12. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

ART 15. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uposażonego.
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 16. 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 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 Kredytobiorców o indeksie BP/HIPOTEKACPI_3_1.0/2018 zatwierdzone przez odpowiednio Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Dyрекcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce 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.

Pascal Perrier –
Członek Zarządu oraz Dyrektor Oddziału



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa



Telefon: +48 22 529 1795
Fax: +48 22 529 01 01



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



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



**Kontakt
z nami**