



**SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW
O INDEKSIE BGZBNPP/CONSUMER_5_2.4/2019**

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 BNP Paribas Cardif

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w szczególnych warunkach ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	art. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	art. 4 ust. 1 art. 13

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie BGZBNPP/Consumer_5_2.4/2019 (dalej zwane SWU) stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego (POLISA NR UG-Retail-Life), zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, dalej zwanej „**Umową ubezpieczenia**”.



DEFINICJE

1. Terminy, których używamy w treści SWU i w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia:
- 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) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – oświadczenie woli Ubezpieczonego wyrażające zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową złożone w formie:
 - a) dokumentowej, albo
 - b) pisemnej za pośrednictwem formularza udostępnionego przez Ubezpieczyciela.
- 4) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia woli wyrażającego zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż zawarcia Umowy kredytu;
- 5) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia kredytu, nie wcześniej niż dzień następnego po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 1;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia:**
 - a. w przypadku **Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b. w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją medyczną/ szpitalną;
 - c. w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - a) dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania przez lekarza diagnozy, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem wskazanym w niniejszych SWU;
 - b) dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - c) dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców;
- 7) **Kredytobiorca** – podmiot, z którym Bank zawarł Umowę kredytu;
- 8) **Kredytodawca** (Bank) – BNP Paribas Bank Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 01-211, ul. Kasprzaka 10/16, udzielający Kredytu;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 10) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w SWU;
- 11) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
- 12) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 13) **Pakiet** – jeden z dwóch pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 14) **Pierwotny harmonogram spłat** – harmonogram spłat Rat kredytu, zawarty w Umowie kredytu w dniu jej sporządzenia, uwzględniający wysokość oraz terminy spłat Rat kredytu;
- 15) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 16) **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) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrodzenia) 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** - 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, trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako

skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;

- 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 albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
- Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 17) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat, obejmująca kapitał, prowizję za zawarcie umowy oraz odsetki obliczone od nieprzetworzonej części kapitału;
- 18) **Saldo zadłużenia** – aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia zobowiązanie Kredytodawcy wobec Kredytodawcy wynikające z Pierwotnego harmonogramu spłat, obejmujące w szczególności kapitał oraz odsetki umowne oraz kwotę kredytowanej Składki;
- 19) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące przystąpienia do ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 20) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej;
- 21) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 22) **Szpital** – działający na terenie Unii Europejskiej, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę

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;

- 23) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 24) **Ubezpieczający** - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 25) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową;
- 26) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2;
- 27) **Umowa kredytu** – umowa kredytu ratalnego;
- 28) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 29) **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określony w SWU, uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu: Zgonu i Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 30) **Uprawniony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określony w SWU, uprawniony do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych niż Zgon i Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 31) **Wcześniejsza spłata kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat;
- 32) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do Świadczenia;
- 33) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 34) **Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo - skutkowy.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, w zależności od Pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszyły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej (Pakiet zawiera ryzyka, które w poniższej tabeli są oznaczone ciemniejszym kolorem):

Nazwa pakietu	Zgon	Zgon w następstwie NW	Pobyt w Szpitalu	Poważne zachorowanie
Pakiet podstawowy	✓			✓
Pakiet rozszerzony	✓	✓	✓	✓

3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Z tytułu ryzyka Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na terenie Unii Europejskiej, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Kredytobiorca, który ukończył 18 lat i którego Wiek łącznie z okresem Ochrony ubezpieczeniowej nie przekracza 80 lat.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) złożył Deklarację ubezpieczeniową w formie pisemnej albo dokumentowej;
 - b) zawarł Umowę kredytu na łączną kwotę brutto wraz ze skredytowaną Składką nie wyższą niż 90 000 zł, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych mu kredytów w Banku, przy zawieraniu, których został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400 000 zł;
 - c) spełnił wymogi dotyczące stanu zdrowia określone w Deklaracji ubezpieczeniowej.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że dla niżej wymienionych ryzyk rozpoczyna się on po 30 dniach od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) Pobytu w Szpitalu (jeżeli nastąpił w następstwie Choroby);
 - b) Poważnego zachorowania.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej do końca trwania Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat.
3. W przypadku Wcześniejszej spłaty kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do ostatniego dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa przed końcem Okresu ubezpieczenia w następujących przypadkach:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania;
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 80 lat.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa przed końcem Okresu ubezpieczenia w następujących przypadkach:
 - a) z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) w przypadku nieopłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego, zgodnie z Umową ubezpieczenia;
 - c) w dniu rozwiązania przez Bank Umowy kredytu; w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.
6. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona. W takiej sytuacji, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu.

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie jej trwania, składając Ubezpieczycielowi np. za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel, również za pośrednictwem Agenta otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnacja z 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).

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki 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 za pośrednictwem Agenta jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu Formularza Zgłoszenia Roszczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony może złożyć w formie dokumentowej albo pisemnej na udostępnionym przez Ubezpieczyciela formularzu.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela 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.

SKŁADKA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka za danego Ubezpieczonego opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty kredytu, liczby Rat kredytu oraz Pakietu.
3. W przypadku wcześniejszego wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za niewykorzystany okres Ochrony ubezpieczeniowej.



Sprawdź kiedy i jaką sumę Ci wypłacimy

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** równa jest Saldu zadłużenia, nie więcej niż 90 000 zł.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku równa jest Saldu zadłużenia, nie więcej niż 90 000 zł.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wynosi nie więcej niż 72 000 zł za cały Okres ubezpieczenia.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu **Poważnego zachorowania** wynosi nie więcej niż 250 000 zł za cały Okres ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy z tytułu danej Umowy kredytu Ochroną ubezpieczeniową zostało objętych więcej niż jeden Ubezpieczony, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zajścia zdarzenia.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu** oraz **Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 1 oraz 2.
2. Gdy Zgon nastąpi w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu Zgonu oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, przy czym suma Świadczeń nie może przekroczyć kwoty 180 000 zł.
3. W przypadku Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w wysokości: trzykrotności Raty kredytu.
4. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w wysokości trzykrotności Raty kredytu.
5. W przypadku, gdy po zakończeniu 30 dniowego Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości trzykrotności Raty kredytu przypadające do zapłaty bezpośrednio po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
6. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń z tytułu Pobytu w Szpitalu w całym Okresie ubezpieczenia. Pojedyncze Świadczenie nie może przekroczyć kwoty 6 000 zł.
7. W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości trzykrotności początkowej kwoty kredytu wskazanej w Umowie kredytu w dniu jej sporządzenia, przy czym wysokość Świadczenia nie może przekroczyć 250 000 zł.
8. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu Świadczenie

z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.

9. W przypadku, gdy należne Świadczenie przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualną na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) Ubezpieczony,
 - b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka i dzieci,
 - e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka, dzieci i rodziców,
 - f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

SPÓSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - a) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl (zakładka: „Zgłoś roszczenie on-line”) lub
 - b) wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - c) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączenie dokumentów wskazanych w ust. 10.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników lub pełnomocników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczane przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.

7. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, 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.
8. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przekazem pocztowym lub przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż wyżej wymienione – Uprawnionemu.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dołączenie 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.), - 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 Zdarzenia), - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego, - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
Zgon w następstwie NW	<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.), - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku), - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
Pobyt w Szpitalu	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (np. karta 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) – jeżeli Pobyt w Szpitalu nastąpił w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego, - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiecie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań, - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku), - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego, - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

art. 13

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI



Sprawdź w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia

Zdarzenie	Wyłączenia
Zgon	<p>W przypadku Zgonu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, - 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, - usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, - zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Zgon w następstwie NW	<p>W przypadku Zgonu w następstwie NW odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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, - usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, - zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Pobyt w Szpitalu	<p>W przypadku Pobytu w Szpitalu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywny udział w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, - usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, - zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość, - próbą samobójstwa, - samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności
Poważne zachorowanie	<p>W przypadku Poważnego zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> - usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, - zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

art. 14

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi pisemnie, w siedzibie Ubezpieczyciela, 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 Reklamacje 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 Skargi, 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. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o poza-sądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
4. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowej rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

System monetarny

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

Pozostale

1. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
3. 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.
4. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2018 poz. 473 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.
5. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytoborców o indeksie **BGZBNPP/Consumer_5_2.4/2019** wchodzi w życie z dniem 14 lutego 2019 roku.

art. 15

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Opodatkowanie świadczeń

1. 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. z 2018 r. poz. 1509, z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z podatku zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wskazanej ustawie.
2. 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 2018 r., poz. 1036, z późn. zm.).

Rozstrzygnięcie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej



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 52



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



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



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