



**BNP PARIBAS
CARDIF**

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO POSIADACZY KART

INDEKS BNPP/CARD_5_2.1/2021

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się co obejmuje Twoje ubezpieczenie, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.

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



Aby zgłosić roszczenie:

- wypełnij formularz na stronie: www.cardif.pl,
- wyślij e-mail na adres: roszczenia@cardif.pl
- wyślij na adres Ubezpieczyciela



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



Telefon: + 48 22 529 17 09



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

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. Przestanki, wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	art. 2 ust. 2 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 18), 20), 39), 42), 43) art. 4 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 3), 5), 6), 12), 13), 14), 18), 19), 20), 25), 33), 34), 35), 39), 42) art. 10 w związku z art. 1 ust. 12), 18), 20), 24), 27), 29), 30), 39), 40), 42), 43)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia	art. 4 ust. 2 art. 13 w związku z art. 1 ust. 1 pkt 5), 18), 20), 33), 39), 40), 42), 43)

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000048866. Kapitał zakładowy wynosi 37 692 310 złotych i jest w pełni opłacony. NIP 525-20-30-109
Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000026002. Kapitał zakładowy zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif - Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego, który oddział utworzył, wynosi 21 602 240 euro i jest w pełni opłacony. NIP 526-25-57-344

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart o indeksie BNPP/CARD_5_2.1/2021 (dalej zwane SWU) stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego (POLISA NR UG-Retail-Life-6252025876 oraz UG-Retail - 6252025876), zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, dalej zwanej „**Umową ubezpieczenia**”.



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie SWU

art. 1

DEFINICJE

1. W Szczególnych Warunkach ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart o indeksie: BNPP/CARD_5_2.1/2021 w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie składki ubezpieczeniowej; uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedawcy; na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Bank** – BNP Paribas Bank Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 01-211, ul. Kasprzaka 2, zawierający z Posiadaczem Karty Umowę o Kartę;
- 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) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – oświadczenie woli Ubezpieczonego wyrażające zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 5) **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 dzień zawarcia Umowy o Kartę;
- 6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień przyznania Limitu kredytowego, nie wcześniej niż dzień następny po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia,;
- 7) **Dzień rozliczenia** - dzień miesiąca wskazany w Umowie o Kartę, w którym kończy się dany Okres rozliczeniowy Karty (Okres ubezpieczenia) oraz sporządzane jest Zestawienie transakcji;
- 8) **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:
 - (i) 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;
 - (ii) dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - (iii) dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców;
 - d) w przypadku Utraty pracy – dzień zajścia Utraty pracy;

- 9) **Karta** - karta kredytowa umożliwiająca wykonanie Transakcji w ciężar rachunku Karty do wysokości dostępnego Limitu kredytowego, wydana przez BNP Paribas Bank Polska S.A.;
- 10) **Limit kredytowy** – kwota przyznanego Posiadaczowi Karty odnawialnego kredytu na podstawie Umowy o Kartę;
- 11) **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w SWU;
- 13) **Okres rozliczeniowy Karty** – miesięczny, powtarzalny okres, w którym rozlicza się Transakcje dokonane na podstawie Umowy o Kartę, przy czym pierwszy Okres rozliczeniowy rozpoczyna się w dniu przyznania Limitu kredytowego i kończy się w Dniu rozliczenia, zaś każdy kolejny Okres rozliczeniowy rozpoczyna się następnego dnia po zakończeniu poprzedniego Okresu rozliczeniowego i kończy się w najbliższym Dniu rozliczenia;
- 14) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, odpowiadający Okresowi rozliczeniowemu Karty, automatycznie przedłużany na kolejne miesięczne Okresy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 4 SWU;
- 15) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 16) **Pakiet** – jeden z dwóch pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 17) **Plan ratalny** - opcja spłaty w ratach poszczególnych Transakcji dokonanych w ramach Limitu kredytowego w Kartcie;
- 18) **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;
- 19) **Posiadacz Karty** - konsument posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, z którym Bank zawarł Umowę o Kartę;
- 20) **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);

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000048866. Kapitał zakładowy wynosi 37 692 310 złotych i jest w pełni opłacony. NIP 525-20-30-109 Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy KRS 0000026002. Kapitał zakładowy zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif - Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg prawa francuskiego, który oddział utworzył, wynosi 21 602 240 euro i jest w pełni opłacony. NIP 526-25-57-344

- 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), podstawonokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
- b) **zawał serca** - martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
- c) **udar mózgu** - nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie 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 wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- f) **przeszczep narządu** - przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- 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;
- 21) **Reklamacja** - wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące przystąpienia do ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
 - 22) **Rolnik poszukujący pracy** - osoba uzyskująca status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U.2020. poz. 1409 z późn. zm.), zatrudniona w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągająca wynagrodzenie za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy; będąca właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowo;
 - 23) **Saldo zadłużenia** - łączna kwota istniejących w danej chwili zobowiązań Posiadacza Karty, które wynikają z Umowy o Kartę, w tym suma zobowiązań z tytułu Planów ratalnych.
 - 24) **Saldo zadłużenia z Dnia zajścia Zdarzenia** - Saldo zadłużenia obliczone na Dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż najniższa z wartości:
 - 1) Saldo zadłużenia będące podstawą naliczenia składki za Okres ubezpieczenia, w którym zaszło Zdarzenie;
 - 2) przyznany Limit kredytowy;
 - 3) 90.000 złotych.
 - 25) **Składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej;
 - 26) **Status bezrobotnego** - status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego:
 - 1) z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
 - 2) 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;
 - 27) **Suma ubezpieczenia** - kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 28) **Szpital** - działający na terenie Unii Europejskiej, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii 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 nerwicy 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;

- 29) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 30) **Świadczenie miesięczne** – Świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela w przypadku Pobytu w Szpitalu lub Utraty pracy, w maksymalnej wysokości 6 000 zł, należne co 30 dni, zgodnie z zasadami opisanymi w art. 11.
- 31) **Transakcja** – przewidziana w Umowie o Kartę wpłata, transfer lub wypłata środków pieniężnych udostępnionych przez Bank w ramach Limitu kredytowego;
- 32) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 33) **Ubezpieczony** – Posiadacz Karty objęty Ochroną ubezpieczeniową;
- 34) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78; 00-844 Warszawa w zakresie ryzyk: Zgon, Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważne zachorowanie lub Cardif – Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, w zakresie ryzyka Pobytu w Szpitalu oraz Utraty pracy;
- 35) **Umowa o Kartę** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem a Posiadaczem Karty, na mocy której Bank przyznaje Posiadaczowi Karty Limit kredytowy związany z rachunkiem Karty i wydaje Kartę;
- 36) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 37) **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; Ubezpieczony może dokonać zmiany Uposażonego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 38) **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;
- 39) **Utrata pracy** – za Utratę pracy w rozumieniu SWU uważa się:
 - a) w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego albo stosunku służbowego – dzień rozwiązania umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego albo stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony, z zachowaniem okresu wypowiedzenia w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, skutkujący uzyskaniem Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy;
 - b) w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą – wyrejestrowanie działalności gospodarczej spowodowane przyczynami ekonomicznymi, w sytuacji, gdy:
 - w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, przez co najmniej 2 kolejne miesiące w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, działalność gospodarcza przynosiła straty, lub
 - łączny skumulowany wynik za ostatnie 2 miesiące w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie jest ujemny.

W przypadku, o którym mowa w pkt b), niezależnie od warunków wskazanych powyżej, Ubezpieczony powinien dodatkowo prowadzić działalność gospodarczą przez okres co najmniej 24 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia (nie uwzględnia się okresów zawieszenia działalności gospodarczej), oraz uzyskać Status bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;

- 40) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 41) **Zestawienie Transakcji** – sporządzone raz w miesiącu przez Bank zestawienie dokonanych Transakcji oraz naliczonych przez Bank prowizji i opłat w danym Okresie rozliczeniowym Karty oraz inne informacje dotyczące indywidualnej Transakcji wymagane przez przepisy prawa;
- 42) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 43) **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, zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, w zależności od Pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Pakiet Bezpieczny** – Zgon, Pobyt w Szpitalu, Poważne zachorowanie;
 - 2) **Pakiet Bezpieczny Plus** – Zgon, Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważne zachorowanie oraz:
 - a) Pobyt w Szpitalu i Utrata Pracy – osoby, które uzyskują dochód z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej albo z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego albo kontraktu menedżerskiego albo
 - b) Pobyt w Szpitalu – osoby niespełniające warunków określonych w pkt 2a) niniejszego ustępu.
3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Z tytułu ryzyka Utraty pracy oraz Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Posiadacz Karty, który ukończył 18 lat i nie ukończył 80 lat.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Posiadacz Karty:
 - a) złożył Deklarację ubezpieczeniową;
 - b) zawarł Umowę o Kartę, w ramach której przyznany Limit kredytowy nie przekracza 90 000 zł;
 - c) spełnił wymogi dotyczące stanu zdrowia określone w Deklaracji ubezpieczeniowej.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy o Kartę może być objęty jeden Ubezpieczony.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i jest równy Okresowi rozliczeniowemu Karty. Okres ubezpieczenia jest automatycznie przedłużany na kolejne Okresy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym:
 - a) Ubezpieczony złożył pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - b) Ubezpieczony ukończył wiek 80 lat;
 - c) została wypowiedziana Umowa o Kartę;
 - d) została rozwiązana Umowa o Kartę;
 - 2) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) w Dniu zajścia Zdarzenia zdefiniowanego jako Poważne zachorowanie, pod warunkiem wypłaty Świadczenia;
 - 4) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, za który nie została opłacona Składka z zastrzeżeniem zapisów Art. 4, ust. 1;
 - 5) w dniu wypłaty 24-go Świadczenia miesięcznego łącznie z tytułu Pobytu w Szpitalu i z tytułu Utraty pracy.
5. W przypadku osób ubezpieczonych w ramach Pakietu Bezpiecznego Plus, w odniesieniu do Utraty pracy Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - a) w dniu, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek uprawniający do otrzymania emerytury, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego;
 - b) w dniu wypłaty 12-go Świadczenia miesięcznego z tytułu Utraty pracy.
6. W przypadku, gdy Posiadacz Karty odstąpi od Umowy o Kartę, 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 Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczyciel, w tym 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, 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 jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonemu danych kontaktowych do Ubezpieczyciela w celu zgłoszenia roszczenia.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
2. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia 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 zależna jest od wysokości Salda zadłużenia na dzień naliczenia Składki.
3. Składka jest płatna z dołu i jest należna w ciągu 30 dni od daty zakończenia danego Okresu ubezpieczenia.
4. W przypadku zajścia Zdarzenia objętego Ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem Składki za Okres ubezpieczenia, w którym zaszło to Zdarzenie, Świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej Składki z uwagi na fakt, iż Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia wyliczana jest w oparciu o **Saldo zadłużenia z Dnia zajścia Zdarzenia**, obliczane zgodnie z definicją wskazaną w art. 1 ust. 24);
2. W ramach **Pakietu Bezpiecznego** Suma ubezpieczenia równa jest:
 - 1) **z tytułu Zgonu** - 200% Salda zadłużenia z Dnia zajścia Zdarzenia;
 - 2) **z tytułu Poważnego zachorowania** - 100% Salda zadłużenia z Dnia zajścia Zdarzenia;
 - 3) **z tytułu Pobytu w Szpitalu** - łącznie na wszystkie Zdarzenia w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej maksymalnie 24 Świadczenia miesięczne, każde w wysokości 10% Salda zadłużenia

- z Dnia zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 6.000 złotych na jedno Świadczenie miesięczne.
3. W ramach **Pakietu Bezpiecznego Plus** Suma ubezpieczenia równa jest:
 - 1) z tytułu **Zgonu - 200% Salda zadłużenia** z Dnia zajścia Zdarzenia;
 - 2) **tytułu Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - 100% Salda zadłużenia** z Dnia zajścia Zdarzenia;
 - 3) z tytułu **Poważnego zachorowania - 250% Salda zadłużenia** z Dnia zajścia Zdarzenia;
 - 4) z tytułu **Pobytu w Szpitalu** - łącznie na wszystkie Zdarzenia w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej maksymalnie 24 Świadczenia miesięczne, każde w wysokości:
 - a) **10% Salda zadłużenia** z Dnia zajścia Zdarzenia - w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego lub kontraktu menażerskiego albo osób prowadzących działalność gospodarczą albo
 - b) **15% Salda zadłużenia** z Dnia zajścia Zdarzenia - w przypadku osób niespełniających warunków określonych w ppkt a);
 jednak nie więcej niż 6.000 złotych na jedno Świadczenie miesięczne.
 - 5) z tytułu **Utraty pracy** - łącznie na wszystkie Zdarzenia w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych, każde w wysokości **10% Salda zadłużenia** z Dnia zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 6.000 złotych na jedno Świadczenie miesięczne.

ubezpieczenia oraz z zastrzeżeniem ust 4 niniejszego Artykułu;

- 4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia miesięczne w wysokości wskazanej w art. 10 ust 3 pkt 4) litera a) lub b), w zależności od statusu zatrudnienia Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia, na zasadach opisanych w ust. 5-9 niniejszego Artykułu, z zastrzeżeniem, że jeżeli Pobyt w Szpitalu celem leczenia Choroby nastąpi w czasie pierwszych 30 dni licząc od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie miesięczne w wysokości równej 5% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia.
- 5) w przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia miesięczne w wysokości wskazanej w art. 10 ust 3 pkt 5), na zasadach opisanych w ust. 10-15 niniejszego Artykułu, z zastrzeżeniem, że jeżeli Utrata pracy nastąpi w czasie pierwszych 30 dni (w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego albo stosunku służbowego) lub 60 dni (w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą), licząc od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie miesięczne w wysokości równej 5% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia.

3. W ramach Pakietu Bezpiecznego Plus, jeżeli Zgon nastąpi w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu Zgonu oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę już wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
5. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
6. W przypadku, gdy po 3 dniach Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenie miesięczne po 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
7. W przypadku, gdy po 30 dniach Pobytu w Szpitalu Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenia miesięczne po każdym kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
8. Z tytułu jednego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych.
9. Z tytułu wszystkich Pobyków w Szpitalu w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 24 Świadczenia miesięczne, z zastrzeżeniem ust 15.
10. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy.
11. Kolejne Świadczenia miesięczne Ubezpieczyciel wypłaci po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu odpowiednio Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy.
12. W przypadku Utraty pracy przez osoby zatrudnione na czas określony, Ubezpieczyciel będzie wypłacać Świadczenia nie dłużej niż do dnia, w którym wygaśnie umowa o pracę lub stosunek służbowy zawarte na czas określony, gdyby Utrata pracy nie nastąpiła.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W ramach **Pakietu Bezpiecznego** Ubezpieczyciel wypłaci:
 - 1) w przypadku **Zgonu** - Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 2 pkt 1);
 - 2) w przypadku **Poważnego zachorowania** - Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 2 pkt 2), z zastrzeżeniem, że jeżeli Poważne zachorowanie nastąpi w czasie pierwszych 30 dni, licząc od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, wysokość Świadczenia równa jest 5% Sumy ubezpieczenia oraz z zastrzeżeniem ust 4 niniejszego Artykułu;
 - 3) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** - Świadczenia miesięczne w wysokości wskazanej w art. 10 ust 2 pkt 3), na zasadach opisanych w ust. 5-9 niniejszego Artykułu, z zastrzeżeniem, że jeżeli Pobyt w Szpitalu celem leczenia Choroby nastąpi w czasie pierwszych 30 dni licząc od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci tylko jedno Świadczenie miesięczne w wysokości równej 5% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia.
2. W ramach **Pakietu Bezpiecznego Plus** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku **Zgonu** - Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3 pkt 1);
 - 2) w przypadku **Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** - Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3 pkt 2) SWU, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego Artykułu;
 - 3) w przypadku **Poważnego zachorowania** - Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10 ust. 3 pkt 3), z zastrzeżeniem, że jeżeli Poważne zachorowanie nastąpi w czasie pierwszych 30 dni, licząc od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia, wysokość Świadczenia równa jest 5% Sumy

13. Z tytułu jednego Zdarzenia Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 Świadczeń miesięcznych.
14. Z tytułu wszystkich Zdarzeń Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12 Świadczeń miesięcznych z zastrzeżeniem ust 15
15. W odniesieniu do Ubezpieczonych w ramach Pakietu Bezpiecznego Plus, w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci łącznie maksymalnie 24 Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu oraz z tytułu Utraty pracy.
16. 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.

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 dołączenie następujących dokumentów:

art. 12 SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
 - a) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl 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 udostępnionym na stronie www Agenta i Ubezpieczyciela.
 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, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego

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, – kopia dowodu osobistego osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia; – 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), - kopia dowodu osobistego osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia; - 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, - w przypadku osób ubezpieczonych w ramach Pakietu Bezpiecznego Plus, nieuzyskujących dochodu z tytułu działalności gospodarczej albo umowy o pracę albo stosunku służbowego albo kontraktu menadżerskiego - zaświadczenie o źródle dochodu na Dzień zajścia Zdarzenia, to jest w przypadku: <ul style="list-style-type: none"> ▪ emerytów i rencistów - zaświadczenie z ZUS lub innego organu rentowego o przyznaniu emerytury lub renty, ▪ rolników i małżonków rolników - zaświadczenie z KRUS o optacaniu składek na KRUS, ▪ pracujących na podstawie umowy cywilnoprawnej (inne niż kontrakt menadżerski) - kopia umowy cywilnoprawnej) - 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.
Utrata pracy	<p>w odniesieniu do osób fizycznych nieprowadzących działalności gospodarczej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia, którego dotyczy Zdarzenie lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy, - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę), - kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia), - zaświadczenie o posiadanych powierzchniach użytków rolnych, - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia; <p>w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą:</p> <ul style="list-style-type: none"> - oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia działalności: <ul style="list-style-type: none"> ▪ z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie przez co najmniej 2 miesiące w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub ▪ w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej działalności gospodarczej za ostatnie 2 miesiące, bezpośrednio poprzedzające Zdarzenie, jest ujemny, 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 CEIDG lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości, - kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy w ostatnim dniu danego okresu (dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia), - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych (jeżeli przysługuje), - zaświadczenia o posiadanych powierzchniach użytków rolnych, - wypis z CEIDG lub numer wpisu z odpowiedniego rejestru, - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokość Świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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, - usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa,

	<ul style="list-style-type: none"> – 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, – samookaleceniem 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.
Utrata pracy	<p>W przypadku Utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:</p> <p>w odniesieniu do osób fizycznych:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rozwiązaniem przez Ubezpieczonego umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego 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 §1 Kodeksu pracy, – rozwiązaniem umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy, – rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia, a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby, – rozwiązaniem umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte, – rozwiązaniem umowę o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego z tytułu Utraty pracy, zgodnie z art.4 ust. 1 SWU; <p>w odniesieniu do osób uzyskujących dochód z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej/rolniczej:</p> <ul style="list-style-type: none"> – usiłowaniem popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego, – zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego z innych powodów niż ekonomiczne opisane w art. 1 ust. 1 pkt. 39) b) SWU, – zakończeniem prowadzenia działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 60 dni od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia.

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

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.

- Osobie fizycznej składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Opodatkowanie świadczeń

- 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 2020 r. poz. 1426, z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z podatku zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wskazanej ustawie.
- 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 2020 r., poz. 1406, z późn. zm.).

Rozstrzygnięcie sporów

- W sprawach nieuregulowanych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
- Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
- 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).

- 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 internetowego rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

System monetarny

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

Pozostałe

- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
- Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2019r. poz. 1480 z późn. zm.) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
- 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. 2019 poz. 2214 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Posiadaczy Kart o indeksie [BNPP/Card_5_2.1/2021](#) weszły w życie z dniem 21 maja 2021 roku, zmienione z dniem 1 października 2021 roku.