

ЗАГАЛЬНІ УМОВИ СТРАХУВАННЯ ПОЗИЧАЛЬНИКІВ з індексом VNPP/ НІПОТЕКАСРІ_3_2.2/2019

Шановний Клієнте

Ми рекомендуємо вам ознайомитися з наведеним нижче документом. Завдяки цьому ви дізнаєтеся, в якому обсязі ми захищаємо вас, як ви можете отримати страхову виплату і які документи допоможуть нам швидко розглянути вашу заявку.

Зверніть увагу на відмову від відповідальності. Це ті випадки, коли ми не зможемо виплатити вам Страхову виплату.



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



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



Щоб подати вимогу онлайн, перейдіть на веб-сайт:

www.cardif.pl

вкладка: («Подати вимогу онлайн») або напишіть на



Щоб подати рекламцію, пишiть на адресу:



Наш веб-сайт із контактною формою: www.cardif.pl

У таблиці нижче, відповідно до Закону «Закон про страхову і перестрахову діяльність», надає інформацію, що міститься в Загальних умовах страхування:

ВИД ІНФОРМАЦІЇ	РЕЄСТРАЦІЙНИЙ НОМЕР ІЗ ЗРАЗКА ДОГОВОРУ
1. Умови виплати компенсацій й інших виплат.	СТ. 2 п. 2, у зв'язку зі СТ. 1 п. 8, 16, 20, 21, 23, 31, 33, 34, 36, 37, 43, 46, 47, СТ. 4, у зв'язку зі СТ. 1 п. 2, 5, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 16, 17, 22, 24, 28, 31, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 44, СТ. 9, у зв'язку зі СТ. 1 п. 5, 7, 8, 9, 11, 14, 16, 21, 23, 24, 27, 31, 34, 36, 37, 40, 43, 46, 47, СТ. 10, у зв'язку зі СТ. 1 п. 5, 7, 8, 9, 10, 15, 16, 21, 23, 24, 29, 30, 31, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 43, 46, 47,
2. Обмеження і виключення відповідальності страхової компанії, що дають їй право відмовитися від виплачування страхової виплати або зменшити її.	СТ. 12, у зв'язку зі СТ. 1 п. 7, 16, 21, 22, 23, 34, 36, 37, 43, 46, 47,

Ці Загальні умови страхування (далі: **OWU**) складені польською мовою, а потім перекладені на українську.

Переклад **OWU** на українську мову має лише допоміжний характер, але обов'язковим для виконання є зміст **OWU** польською мовою. У разі будь-яких розбіжностей між **OWU** польською мовою та їх перекладом на українську мову, **OWU** польською мовою матимуть вирішальне юридичне значення.

Загальні умови страхування Позичальників з індексом BNPP/НІПОТЕКАСРІ_3_2.2/2019 (далі: «**OWU**») застосовуються до Договорів страхування, укладених відповідно між Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. lub Cardif - Assurances Risques Diverses S.A. Відділення в Польщі і Страхувальником, який уклав Кредитний договір.



Ознайомлення з термінами допоможе вам зрозуміти **OWU**.
Терміни, визначені нижче, пишуться в тексті **OWU** з великої літери.

СТ. 1 ВИЗНАЧЕННЯ

У Загальних умовах страхування Позичальників з індексом BNPP/НІПОТЕКАСРІ_3_2.2/2019 (далі: «**OWU**») і в інших документах, що стосуються Договору страхування, наступні терміни мають таке значення:

- 1) «**Агент**» – підприємець, який здійснює агентську діяльність за комісію, одержану від Страховика, що входить до суми Страхового платежу, а також отримує інші форми винагороди у вигляді конкурсних нагород чи інших форм бонусів від продажу на підставі агентського договору, укладеного зі Страховиком в межах наданої довіреності, внесений до реєстру страхових агентів, що ведеться Комісією з фінансового нагляду;
- 2) «**Додаток**» - документ, що змінює зміст Договору страхування у разі:
 - a) приєднання Застрахованого до Договору страхування після Дати укладення Договору страхування (у зв'язку з приєднанням до боргу за Кредитним договором);
 - b) збільшення Страхової суми в результаті збільшення Суми кредиту;
 - c) прийняття Застрахованим боргу за Кредитним договором;
 - d) вступ Застрахованого у права і обов'язки Страхувальника;Для чинності Додатку необхідна письмова форма, інакше він вважатиметься недійсним;
- 3) «**Банк**» - BNP Paribas Bank Polska S.A.;
- 4) «**Хвороба**» - реакція організму на дію патогенного агента, що призвела до функціональних розладів, органічних змін у тканинах, органах, системах чи всій системі, що відбулися протягом періоду відповідальності Страховика;
- 5) «**Дата оновлення Страхової суми**» - дата, коли була оновлена страхова сума, встановлена на перший день Періоду страхування, наступного за кожними послідовними дванадцятимісячними Періодами страхування протягом терміну дії Договору страхування, починаючи з Дати початку дії Страхового захисту;
- 6) «**Дата сплати Кредитного платежу**» - дата, зазначена в Графіку як дата сплати окремих Кредитних платежів;
- 7) «**Дата початку дії Страхового захисту**» – Дата укладення Договору страхування, але не раніше дати початку виплати Кредиту, яка розуміється як: дата виплати Кредиту або першого траншу Кредиту, а стосовно Позичальника, який приєднується до Договору страхування, після Дати укладення Договору страхування (у зв'язку з приєднанням до боргу, що впливає з Договору кредиту), дата підписання Додатку;
- 8) «**Дата настання Події**»:
 - a) у разі **Смерті** - дата смерті, зазначена у свідоцтві про смерть;
 - b) у разі **Постійної і повної непрацездатності** - дата, зазначена у Рішенні, або за відсутності вказання такої дати у Рішенні, датою настання Постійної і повної непрацездатності вважається дата видачі Рішення;
 - c) у разі **Серйозної хвороби**, залежно від події або хвороби:
 - для злоякісного новоутворення (раку), інфаркту, інсульту, ниркової недостатності - дата постановки діагнозу лікарем, що підтверджує відповідність даної хвороби опису хвороби, зазначеному в **OWU**,
 - для операції коронарного шунтування – дата проведення процедури,
 - для трансплантації органів - дата виконання операції або якщо Застрахований вноситься до списку реципієнтів, дата внесення Застрахованого до списку реципієнтів, які очікують на трансплантацію;
 - d) у разі **Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку** - дата надходження до Лікарні згідно з документацією, пов'язаною з перебуванням Застрахованого в Лікарні;
 - e) у разі **Втрати роботи** - дата припинення трудових або службових відносин, укладених на невизначений або визначений строк, із дотриманням встановлених законодавством строків попередження, зазначених в письмовому документі, що підтверджує припинення трудових відносин або службових відносин;
- 9) «**Дата укладення Договору страхування**» - дата підписання Заявки-полісу Позичальником і Страховиком за умови, що вона не є датою, яка передує даті укладення Кредитного договору;
- 10) «**Графік**» - зведення щомісячних Кредитних платежів, яке подається Кредитором відповідно до Кредитного договору, із зазначенням суми і Дат сплати Кредитних платежів за укладеним Кредитним договором і розміру Страхового платежу;
- 11) «**Кредит**» - іпотечний кредит у PLN, іпотечна позика у PLN або іпотечні продукти, що обслуговуються Банком у PLN, надані Позичальнику Кредитором згідно з положеннями Кредитора, цільовим забезпеченням яких є обтяження кредитованого нерухомого майна іпотекою;
- 12) «**Позичальник**» - фізична особа, яка є резидентом або громадянином Республіки Польща, яка уклала або подає заявку на укладення з Кредитором Кредитного договору або приєдналася до боргу, що впливає з Кредитного договору; Якщо Кредит

надається спільно кільком особам, положення, що стосуються Позичальника, застосовуються відповідно до інших співпозичальників;

- 13) **«Кредитор»** - BNP Paribas Bank Polska S.A., з місцезнаходженням у Варшаві, поштовий індекс 01-211, ul. Kasprzaka 2, що надає Кредит на підставі внутрішніх правил, що діють у Банку;
- 14) **«Сума Кредиту»** - вартість наданого Кредиту, включаючи кредитовані витрати за Кредитом, зазначені в Кредитному договорі, з урахуванням змін, внесених додатком до Кредитного договору;
- 15) **«Нещасний випадок»** - раптова подія, спричинена виключно зовнішньою причиною, незалежною від волі чи стану здоров'я Застрахованого, що сталася протягом Періоду страхування;
- 16) **«Страховий захист»** - страховий захист, наданий Страховиком даному Застрахованому на умовах, визначених цими OWU;
- 17) **«Період страхування»** - **тривалість відповідальності Страховика перед Застрахованим, що відповідає місячному періоду.** Перший Період страхування починається з Дати початку дії Страхового захисту і триває до найближчої Дати сплати Кредитного платежу. Кожен наступний Період страхування починається з дати, наступної за Датою сплати Кредитного платежу, і триває до наступної Дати сплати Кредитного платежу включно, відповідно до положень ст. 4 OWU;
- 18) **«Рішення»** - правомочне медичне рішення, видане згідно з відповідними положеннями польського закону «Про пенсії і допомогу по інвалідності» щодо стану здоров'я Застрахованого, яким постановляється:
 - a) повну непрацездатність Застрахованого протягом щонайменше 2 років (рішення на строки менше 2 років сумуються, з умовою, що між винесенням наступних рішень не може бути перерви), видане сертифікованим лікарем ZUS або лікарем-експертом KRUS, медичною комісією, рішенням суду - щодо Застрахованих, які не набули права на отримання допомоги по інвалідності або пенсії згідно з відповідними положеннями польського законодавства, або,
 - b) неможливість самостійного існування і потребу в постійному або тривалому догляді іншою особою протягом щонайменше 2 років (рішення на строки менше 2 років сумуються з умовою, що між винесенням наступних рішень не може бути перерви), видане сертифікованим лікарем ZUS або лікарем-експертом KRUS, медичною комісією або рішенням суду - стосовно Застрахованих, які отримують допомогу по інвалідності або пенсію згідно з відповідними положеннями польського законодавства);
- 19) **«Особа, яка подає Рекламацию»** - Страхувальник, Застрахований, Вигодонабувач або Уповноважена особа за Договором страхування;
- 20) **«Пакет»** - один із двох пакетів, що визначають обсяг страхового захисту;
- 21) **«Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку»** - підтвержене відповідною медичною документацією постійне, безперервне перебування Застрахованого в Лікарні для лікування тілесних ушкоджень, отриманих внаслідок Нещасного випадку, з метою збереження, відновлення або покращення здоров'я Застрахованого тривалістю не менше 3 днів, що розраховується як різниця між датою виписки і датою надходження до Лікарні;
- 22) **«Збільшення Страхової суми»** - збільшення Страхової суми, що виникає внаслідок збільшення Суми Кредиту після Дати укладення Договору страхування або в результаті прийняття Застрахованим боргу за Кредитним договором, підтвержене Додатком;
- 23) **«Серйозна хвороба»** - одна з наступних подій або хвороб:
 - a) **злоякісне новоутворення (рак)** - злоякісне новоутворення (пухлина), що характеризується неконтрольованим зростанням і поширенням неопластичних клітин, що спричиняють інфільтрацію і руйнування нормальних тканин. Діагноз повинен бути підтверджений гістопатологічним дослідженням у онколога або гістопатолога. Сфера страхування також охоплює лейкемію, злоякісну лімфому, хворобу Ходжкіна, злоякісні пухлини кісткового мозку та пухлини шкіри, що викликають метастази. Зі Страхового захисту виключаються:
 - неінвазивний рак (carcinoma in situ), дисплазія шийки матки ступеня CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasia) і будь-які передракові й неінвазивні ураження;
 - ранній рак передміхурової залози (T1 за класифікацією TNM, включаючи T1a і T1b або відповідну стадію за іншою класифікацією);
 - злоякісна меланома шкіри 1A стадії (Stage 1A) =< 1 мм, рівень II або III, відсутність виразок) відповідно до класифікації AJCC (American Journal of Critical Care) з 2002 р.;
 - гіперкератоз (hyperkeratosis), базально-клітинний рак шкіри і плоскоклітинний рак шкіри;
 - будь-які новоутворення, супутні ВІЛ-інфекції;
 - ранні диференційовані новоутворення щитовидної залози (T1 за класифікацією TNM, включаючи T1a і T1b або відповідну стадію за іншою класифікацією);
 - хвороба Ходжкіна на першій стадії;
 - хронічний лімфобластний лейкоз з оцінкою за шкалою Rai менше 3
 - b) **інфаркт міокарда** - некроз частини серцевого м'яза в результаті гострої ішемії певної ділянки серцевого м'яза, діагностований на підставі виникнення характерного для інфаркту болю в грудях, свіжих змін на електрокардіограмі (ЕКГ), що підтверджують виникнення інфаркту, і значного підвищення концентрації серцевих ферментів у крові. Страхування не поширюється на епізоди стенокардії (angina pectoris);
 - c) **інсульт** - раптове, стійке пошкодження мозкової тканини в результаті екстравазації крові, ішемії або емболії внутрішньочерепної артерії матеріалом системи кровообігу, що призводить до виникнення неврологічного дефіциту, що триває не менше 24 годин і підтвержене медичним оглядом. Страхування не поширюється на: епізоди транзиторної ішемії центральної нервової системи (ТІА); інсульт без стійкої втрати функції центральної нервової системи; ішемічний інсульт внаслідок раптової зупинки дихання і/або кровообігу та інфаркт тканини мозку або внутрішньочерепний крововилив, спричинений травмою. Діагноз стійкого ураження ЦНС повинен бути підтверджений оглядом фахівця-невролога

і результатом обстеження методом комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії не раніше ніж через 8 тижнів після появи перших симптомів;

- d) **ниркова недостатність** - кінцева стадія хронічного, тривалого і повного пошкодження функції обох нирок, що призводить до необхідності діалізу або пересадки нирки. Діагноз повинен бути чітко підтверджений медичною документацією;
 - e) **операція коронарного шунтування** - проведення хірургічної операції на відкритій грудній клітці для усунення стенозу або обтурації однієї або декількох коронарних артерій шляхом шунтування. Операції має передувати ангіографія, яка вказує на значне звуження коронарної артерії і виконана за рекомендацією кардіолога. Обсяг страхування не поширюється на ангіопластику або будь-які інші процедури на коронарних артеріях, які виконуються з просвіту коронарної артерії з використанням технік коронарної катетеризації або лазерних методів;
 - f) **трансплантація органу** - пересадка Застрахованій особі як реципієнту або включення Застрахованої особи до списку реципієнтів, які очікують пересадки одного з наведених нижче органів:
 - серця, легені, печінки, нирки, підшлункової залози або
 - кісткового мозку за допомогою стовбурових клітин крові після попередньої повної абляції (руйнування) кісткового мозку реципієнта.Трансплантація або внесення Застрахованого до списку реципієнтів, які очікують на трансплантацію органів, мають бути обґрунтовані з медичної точки зору і бути результатом виявлення і підтвердження необоротної кінцевої стадії недостатності органів. Страхування не поширюється на трансплантації з використанням стовбурових клітин, крім вищезазначених;
- 24) **«Кредитний платіж»** - щомісячне фінансове зобов'язання Позичальника перед Кредитором, умови сплати якого визначені у Кредитному договорі і зазначені в Графіку, що поширюється на основну суму Кредиту і відсотки відповідно до процентної ставки, передбаченої Кредитним договором, яка розраховується на непрострочену частину основної суми Кредиту, а у разі пільгового періоду сплати основної суми Кредиту, поширюється лише на відсотки протягом пільгового періоду, а у разі Кредитів з доплатами до процентної ставки не враховує оплати до процентної ставки;
- 25) **«Рекламація»** - заява Особи, яка подає Рекламацію, щодо укладення та виконання Договору страхування або діяльності, яку здійснює Страховик;
- 26) **«Фермер»** - фізична особа, яка є власником або незалежним чи залежним власником сільськогосподарського майна у розумінні положень Закону від 23 квітня 1964 року Цивільного кодексу (зведений текст Законодавчий вісник від 2014 р., поз. 121, з под. зм.), з площею сільськогосподарських угідь понад 2 конверсійні га;
- 27) **«Залишок боргу»** - зобов'язання Позичальника перед Кредитором за Кредитним договором, що включає основну суму Кредиту, яка не була сплачена на дану дату;
- 28) **«Страховий платіж»** - сума, що належить Страховику за надання Страхового захисту, призначена принаймні на покриття страхового ризику і витрат на здійснення страхової діяльності Страховика;
- 29) **«Статус безробітного»** - статус, отриманий Застрахованим після реєстрації як безробітний відповідно до чинних положень польського законодавства:
 - з правом на отримання допомоги по безробіттю,
 - без права на отримання допомоги по безробіттю - поширюється на Застрахованих, які працювали протягом 18 місяців, що безпосередньо передують даті реєстрації, загалом не менше 365 днів, який за цей час заробив менше мінімальної заробітної плати, з якої існував обов'язок сплати внесків на соціальне страхування і Фонд праці;
- 30) **«Статус особи, яка шукає роботу»** - Фермер, який отримує статус особи, що шукає роботу, у розумінні Закону «Про сприяння зайнятості та інститути ринку праці» (Законодавчий вісник, 2015.149 зведений текст з под. зм.), який працював протягом 18 місяців, що безпосередньо передують даті реєстрації, загалом не менше 365 днів, і який отримував заробітну плату, з якої існував обов'язок сплати внеску на соціальне страхування і Фонд праці;
- 31) **«Страхова сума»** - сума, визначена в ст. 9 OWU, що визначає максимальний розмір відповідальності Страховика в зв'язку з настанням Події;
- 32) **«Лікарня»** - діючий на території Європейського Союзу згідно з відповідними положеннями законодавства державний або приватний заклад охорони здоров'я, завданням якого є цілодобове медичне обслуговування пацієнтів і їх лікування, з відповідною діагностичною та лікувальною базою, в якому працює медичний персонал і який забезпечує постійний цілодобовий кваліфікований нагляд медсестри і принаймні одного лікаря і, що має постійні лікарняні місця для пацієнтів, а також веде і збирає для кожного пацієнта повну медичну документацію. Визначення лікарні не включає будинки престарілих, центри для психічно хворих або лікування неврозів чи поведінкових розладів, хоспіси, установи, завданням яких є лікування алкоголізму та інших залежностей, реабілітаційні лікарні, лікарняні реабілітаційні відділення, центри покращення здоров'я, реабілітаційні, санаторні центри, санаторні лікарні, курортні лікувальні заклади, бази відпочинку, навіть якщо вони є організаційною частиною Лікарні;
- 33) **«Страхова виплата»** - сума, що виплачується Страховиком Застрахованому або Вигодонабувачу у разі настання Події;
- 34) **«Постійна і повна непрацездатність»** - непрацездатність Застрахованого внаслідок Хвороби або Нещасного випадку, що унеможливило виконання ним будь-якої оплачуваної роботи, підтверджена відповідним Рішенням у розумінні цих OWU;
- 35) **«Страховальник»** - Позичальник, який уклав Договір страхування та зобов'язаний сплачувати Страхові платежі;
- 36) **«Застрахований»** - Страховальник або Позичальник, відмінний від Застрахованого, на якого поширюється Страховий захист на підставі цих OWU, зазначений в Заявці-полісі;
- 37) **«Страховик»** - суб'єкт, який надає Страховий захист згідно з цими OWU, тобто відповідно:
 - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. з місцезнаходженням у Варшаві, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, з точки зору ризиків Смерті, Постійної і повної непрацездатності, Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку, Серйозної хвороби або

- Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Відділення в Польщі з місцезнаходженням у Варшаві, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, з точки зору ризиків Втрати роботи;
- 38) «**Процентна частка**» - частка даного Застрахованого в Страховій сумі, рівна:
- 100% - якщо Страховий захист за даним Кредитним договором поширюється на одного Застрахованого або
 - 50% - у разі двох Застрахованих або
 - 33,34% - у разі трьох Застрахованих, або
 - 25% - у разі чотирьох Застрахованих.
- Процентна частка визначається під час укладання Договору страхування й оновлюється у разі:
- a) закінчення терміну дії Страхового захисту стосовно одного із Застрахованих за даним Кредитним договором через:
 - Смерть Застрахованого,
 - Здійснення Страхового платежу у зв'язку з Постійною і повною непрацездатністю Застрахованого,
 - досягнення Застрахованим Віку 75 років;
 - b) прийняття боргу або приєднання до боргу за Кредитним договором - за умови згоди Страховика надати Страховий захист після приєднання до боргу за Кредитним договором і укладання Додатку до Договору страхування;
- 39) «**Кредитний договір**» - Кредитний договір, укладений між Кредитором і Позичальником;
- 40) «**Договір страхування**» - договір страхування, укладений відповідно між Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. і Страхувальником або між Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Відділення в Польщі і Страхувальником відповідно до цих OWU;
- 41) «**Вигодонабувач**» – особа, зазначена Застрахованим у Заявці-полісі чи Додатку, або за відсутності такої особи – особа, зазначена в OWU як така, що має право на отримання Страхової виплати у зв'язку зі Смертю;
- 42) «**Уповноважена особа**» - особа, якій Застрахований передав дебіторську заборгованість за Договором страхування, зазначена у Заявці-полісі або Додатку чи іншому документі, яка у разі настання Події, відмінної від Смерті Застрахованого, має право на отримання Страхової виплати;
- 43) «**Втрата роботи**» - подія, внаслідок якої Застрахований набуває Статусу безробітного або Статусу особи, яка шукає роботу, що розуміється як припинення трудового договору чи службових відносин, укладених на невизначений або визначений строк із Застрахованим його роботодавцем з попередженням у розумінні відповідних положень польського законодавства;
- 44) «**Вік**» - кількість повних років життя Застрахованого;
- 45) «**Заявка-поліс**» - документ, що підтверджує бажання Позичальника укласти або приєднатися до Договору страхування, що вимагає письмової форми під страхом визнання недійсним, а в разі підписання Страховиком, підтверджує укладення Договору страхування;
- 46) «**Подія**» - подія, зазначена в OWU, яка відбулася протягом Періоду страхування, і настання якої дає право на Страхову виплату;
- 47) «**Смерть**» - смерть Застрахованого з будь-якої причини.



Дізнайтеся, чого стосується і що покриває ваша страховка.

СТ. 2

ПРЕДМЕТ І СФЕРА СТРАХУВАННЯ

1. Предметом страхування є життя і здоров'я Застрахованого і ризик Втрати роботи Застрахованим.
2. Обсяг страхування залежно від Пакету, охоплює такі Події, що відбулися протягом терміну дії Страхового захисту:
 - 1) **Пакет 1Н - Смерть, Постійна і повна непрацездатність** і залежно від статусу працевлаштування Застрахованого на Дату настання Події:
 - a) особи, які отримують доходи за трудовим договором або службовими відносинами:
 - **Серйозна хвороба** або - якщо у зв'язку з Серйозною хворобою Страховик здійснив Страхову виплату у розмірі Страхової суми- **Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку**;
 - **Втрата роботи** або - якщо у зв'язку з Втратою роботи Страховик здійснив Страхову виплату в розмірі Страхової суми - **Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку**;
 - b) особи, які не отримують доходу за трудовим договором або службовими відносинами:
 - **Серйозна хвороба** або - у зв'язку з Серйозною хворобою Страховик здійснив Страхову виплату у розмірі Страхової суми- **Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку**;
 - 2) **Пакет 2Н – Смерть.**
3. Стосовно Пакету 1Н, статус працевлаштування Застрахованого на Дату настання Події впливає на розмір страхової виплати у зв'язку з Серйозною хворобою
4. Застрахований покривається Страховим захистом у зв'язку зі Смертю, Постійною і повною непрацездатністю й Серйозною хворобою в усьому світі, незалежно від місця перебування. Захист у зв'язку із Втратою роботи і Перебуванням в Лікарні в результаті Нещасного випадку діє на території Європейського Союзу.

СТ. 3

УМОВИ УКЛАДЕННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ

1. Договір страхування може бути укладений з Позичальником, якому на Дату укладення Договору страхування виповнилося 18 років і який не досягнув 65 років.
2. Умовою для укладення Договору страхування є:
 - a) укладення Позичальником із Кредитором Кредитного договору на суму, що не перевищує 2 000 000 PLN, за умови, що водночас Залишок боргу за наданими і запитуваними Кредитами (включаючи несплачені транші), при укладенні яких на

Позичальника поширювався або він подає заявку на покриття Страховим захистом Страховиком, не може перевищувати 2 000 000 PLN;

- б) підписання Заявки-поліса Позичальником і Страховиком або Агентом;
 - с) зобов'язання Страхувальника сплачувати Страхові платежі.
3. Страховик до укладення Договору страхування може вимагати від Позичальника додати документи, необхідні для оцінки страхового ризику, або направити Позичальника на медичне обстеження. Витрати на проведення обстежень несе Страховик.
4. У випадку, якщо Позичальники звертаються за страховим захистом, для яких загальний Залишок боргу за наданими і запитуваними Кредитами, при укладенні яких Позичальник був покритий або подає заявку на Страхове покриття Страховиком (включаючи невикладені транші), перевищує 500 000 злотих, для укладення Договору страхування необхідна індивідуальна згода Страховика на підставі документів і обстеження, зазначених Страховиком:

Залишок боргу за наданими і запитуваними Кредитами, після укладення яких Позичальник був покритий або подає заявку на Страховий захист Страховиком, знаходиться в межах:	Для укладення Договору страхування необхідна індивідуальна згода Страховика, яка надається на підставі:
від 500 000 PLN до 700 000 PLN	Детальна медична анкета
від 700 000 PLN до 900 000 PLN	Детальна медична анкета + медичний огляд
від 900 000 PLN до 1 200 000 PLN	Детальна медична анкета + медичний огляд + аналізи крові + аналіз сечі + обстеження системи кровообігу
понад 1 200 000 PLN до 1 500 000 PLN	Детальна медична анкета + медичний огляд + аналізи крові + аналіз сечі + обстеження системи кровообігу + спірометрія + тест на ВІЛ
понад 1 500 000 PLN до 2 000 000 PLN	Детальна медична анкета + медичний огляд + аналізи крові + аналіз сечі + обстеження системи кровообігу + спірометрія + тест на ВІЛ + Анкета фінансової оцінки

5. Індивідуальна згода Страховика також потрібна, якщо:
- а) сума Залишку боргу не перевищує 500 000 PLN, однак Позичальник не може подати декларацію відповідно до пп. а) Заяви про добрий стан здоров'я, що міститься в Заявці-полісі;
 - б) не були виконані умови, зазначені в п. 1 і 2.
6. У випадках, описаних у п. 5, індивідуальна згода Страховика надається на підставі документів і/або обстеження, вказаних Страховиком.
7. Якщо за одним Кредитним договором є більше одного Позичальника, Страховий захист має охоплювати всіх Позичальників, які відповідають умовам, зазначеним у п. 1 і в п. 2 цієї статті, при цьому Страховий захист за одним Кредитним договором може охоплювати не більше чотирьох Позичальників.
8. Якщо Страховий захист за Договором страхування не почне діяти протягом 24 місяців з Дати укладення Договору страхування в результаті невиклати Кредиту протягом цього періоду, Договір страхування розривається після закінчення цього періоду.



Перевірте, коли починається і закінчується страхування.

СТ. 4

СТРОК ДІЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА

1. Страховик надає Страховий захист протягом місячних Періодів страхування, за умови, що перший Період страхування починається з Дати початку дії Страхового захисту і триває до наступної Дати сплати Кредитного платежу. Кожен наступний Період страхування починається з дня, наступного за Датою сплати Кредитного платежу, і триває до наступної Дати сплати Кредитного платежу, з врахуванням п. 2.
2. Страховий захист автоматично продовжується на наступні місячні Періоди страхування за умови:
 - 1) сплати Страхового платежу відповідно до положень ст. 8.
 - 2) неподання Страхувальником або Страховиком за 30 днів до закінчення Періоду страхування заяви про не продовження Страхового захисту на наступний Період страхування.
3. Договір страхування може бути продовжений багаторазово, але не довше, ніж до дати, зазначеної в п. 5 і п. 6.
4. У разі Збільшення Страхової суми внаслідок:
 - 1) збільшення Суми Кредиту - відповідальність Страховика щодо суми збільшення починається з Дати оновлення Страхової суми, що відбувається після дати укладення Додатка, не раніше ніж з дати виплати суми збільшення,
 - 2) прийняття Застрахованим боргу за Кредитним договором - відповідальність Страховика щодо суми збільшення починається з дати укладення Додатка.
5. Строк дії страхового захисту стосовно даної Застрахованої особи закінчується:
 - 1) у день смерті Застрахованої особи;
 - 2) у разі Постійної і повної непрацездатності – з Дати настання Події за умови здійснення Страхової виплати у розмірі Страхової суми;
 - 3) в останній день Періоду страхування, в якому Застрахований досяг 75 років;
 - 4) у день припинення правовідносин, що впливають із Кредитного договору, який пов'язує Кредитора з даним Застрахованим.
6. Страховий захист у зв'язку з даним Договором страхування закінчується стосовно всіх Застрахованих:
 - 1) в останній день Періоду страхування, в який Страхувальник подав заяву про припинення дії Договору страхування;
 - 2) в останній день Періоду страхування, в який Застрахований подав письмову заяву про відмову від Страхового захисту;

- 3) в останній день Періоду страхування, якщо Страхувальник або Страховик подав заяву про не продовження Страхового захисту, з умовою, що Страховик зобов'язаний надати Застрахованому інформацію про не продовження Страхового захисту не пізніше ніж за 30 днів до закінчення Періоду страхування;
 - 4) в останній день Періоду страхування, в якому згідно з Графіком підлягає сплаті останній Кредитний платіж;
 - 5) після закінчення Періоду страхування, в якому був укладений Додаток до Кредитного договору у зв'язку з приєднанням до боргу за Кредитним договором або збільшенням Суми Кредиту, якщо:
 - a) Застрахований не може подати Заяву про добрий стан здоров'я, що міститься в Додатку;
 - b) Страховик не дав згоди на продовження Страхового захисту, якщо це необхідно;
 - 6) у разі несплати Страхового платежу Страхувальником у строк, визначений в ст. 8, п. 3, в останній день Періоду страхування, наступний за Періодом страхування, за який був сплачений Страховий платіж;
 - 7) в останній день Періоду страхування, в якому було розірвано Кредитний договір (також у разі дострокового повного погашення Кредиту);
- в залежності від того, яка подія станеться першою.
7. У разі відмови Страхувальника від Кредитного договору Застраховані особи в рамках даного Кредитного договору вважатимуться незастрахованими.



Страхувальник може закінчити Договір страхування шляхом його розірвання. Застрахований може відмовитися від страхування. Перевірте, коли і як це зробити.

СТ. 5

РОЗІРВАННЯ ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ СТРАХУВАЛЬНИКОМ, ВІДМОВА ВІД ДОГОВОРУ СТРАХУВАННЯ ЗАСТРАХОВАНИМ

1. Страхувальник може розірвати Договір страхування в будь-який час протягом Періоду страхування шляхом подання Страховику письмової заяви.
2. Розірвання Договору страхування внаслідок його розірвання Страхувальником відбувається після закінчення строку попередження, тобто в останній день Періоду страхування, в якийу Страхувальник подав Страховику письмове повідомлення про розірвання Договору страхування.
3. Застрахований може відмовитися від Страхового захисту в будь-який Період страхування. Відмова від Страхового захисту набуває чинності в останній день Періоду страхування, в який Страховик отримав від Застрахованого письмову заяву про відмову від Страхового захисту.
4. Подання заяви про розірвання Договору страхування або відмову від страхування через Агента прирівнюється до отримання цієї заяви Страховиком.
5. Розірвання Договору страхування або відмова від Страхового захисту не звільняє Страхувальника від обов'язку сплатити страховий платіж за період, протягом якого Страховик надавав Страховий захист.



Перевірте, які зобов'язання має Страхувальник/Застрахований. Їх виконання необхідне для того, щоб Страховик (у разі настання Події) міг здійснювати Страхові виплати.

СТ. 6

ОБОВ'ЯЗКИ СТРАХУВАЛЬНИКА І ЗАСТРАХОВАНОЇ ОСОБИ

1. Страхувальник зобов'язаний сплачувати Страхові платежі на умовах, зазначених в OWU і заявці-полісі.
2. Застрахований зобов'язаний інформувати Страховика, також через Агента, про будь-які зміни в його персональних даних.
3. Надання Застрахованим недостовірної або неповної інформації може бути підставою для відмови у здійсненні Страхової виплати, з умовою, що Страховик може посылатися на це твердження, якщо Подія настала протягом перших 3 років з Дати укладання Договору страхування або підписання Додатка (щодо суми збільшення у разі Збільшення Страхової суми, а також щодо Позичальників, які приєдналися до Договору страхування після його укладення), а надання недостовірної або неповної інформації вплинуло на визначення обставин Події, відповідальності страховика або було спрямоване на вимагання Страхової виплати.



Перевірте, які права має Страховик щодо Страхувальника/Застрахованого. Перевірте, які обов'язки має Страховик.

СТ. 7

ПРАВА І ОБОВ'ЯЗКИ СТРАХОВИКА

1. Страховик зобов'язаний здійснювати Страхові виплати в розмірі і на умовах, зазначених в OWU.
2. Страховик може вимагати медичного огляду для призначення Страхової виплати, при цьому витрати на такі огляди покриває Страховик.
3. Страховик зобов'язаний зберігати в таємниці всю інформацію, в тому числі дані осіб, отримані у зв'язку з їх покриттям Страховим захистом, а також інші дані, у тому числі щодо осіб, зазначених у документах, що додаються до заявки на здійснення Страхової виплати. Страховик також зобов'язаний зберігати в таємниці дані осіб, на яких не поширюється дія страхування і які подали заявку на укладення Договору страхування.



Перевірте, які існують правила визначення суми і сплати страхового платежу.

СТ. 8

СТРАХОВИЙ ПЛАТІЖ

1. Страховий платіж сплачується Страхувальником через Агента на умовах, зазначених в OWU і в Заявці-полісі.
2. Розмір Страхового платежу залежить від Страхової суми на день нарахування Страхового платежу (дата сплати Кредитного платежу згідно з Графіком в даний Період страхування) і вибраного Пакету.
3. Страховий платіж за даний Період страхування стягується в кінці терміну, в день сплати Кредитного платежу, але не пізніше дня, що передує даті сплати чергового Кредитного платежу.
4. Датою сплати Страхового платежу є дата списання коштів з банківського рахунку Страхувальника.
5. Несплата Страхового платежу протягом строку, зазначеного у п. 3, призводить до припинення дії Договору страхування в останній день Періоду страхування, наступного за Періодом страхування, за який був сплачений Страховий платіж.



Перевірте, коли і яку суму ми виплатимо

СТ. 9

СТРАХОВІ СУМИ

1. Страхова сума у зв'язку зі **Смертю** або **Постійною і повною непрацездатністю** рівна:
 - a) Сумі Кредиту - якщо Договір страхування укладено до повної виплати Кредиту або виплати всіх траншів, або,
 - b) Залишок боргу, розрахований на Дату укладення Договору страхування - у разі укладення Договору страхування протягом терміну дії Кредитного договору, після дати виплати Кредиту в повному обсязі або після виплати всіх траншів - і діє з Дати початку дії Страхового захисту до дня, що передує Даті оновлення Страхової суми, але не більше 2 000 000 PLN.
2. Розмір кожної наступної Страхової суми у зв'язку зі **Смертю, Постійною і повною непрацездатністю** протягом строку дії Договору страхування визначається кожні дванадцять Періодів страхування, починаючи з Дати початку дії Страхового захисту, і рівний:
 - a) Сумі Кредиту - якщо на Дату оновлення Страхової суми Кредит не був виплачений повністю або не були виплачені всі транші, або
 - b) Залишку боргу, розрахованому на Дату оновлення Страхової суми - якщо на цю дату Кредит був повністю виплачений або виплачені всі транші Кредитуі діє з Дати оновлення Страхової суми до дня, що передує наступній Даті оновлення Страхової суми, але не більше 2 000 000 PLN.
3. Загальна Страхова сума у зв'язку з **Втратою роботи і Серйозною хворобою** рівна вартості 24 Кредитних платежів, не більше 144 000 PLN за весь безперервний період дії Страхового захисту, при цьому:
 - a) у зв'язку з Втратою роботи Страхова сума дорівнює вартості 6 Кредитних платежів, але не більше 36 000 PLN
 - b) у зв'язку з Серйозною хворобою Страхова сума дорівнює вартості 24 Кредитних платежів, але не більше 144 000 PLN (якщо Дата настання Події припала через 60 днів від Дати початку дії Страхового захисту стосовно даного Застрахованого) або вартості одного Кредитного платежу, але не більше 3 000 PLN (якщо Дата настання Події припала протягом 60 днів з Дати початку дії Страхового захисту стосовно даного Застрахованого).
4. Страхова сума у зв'язку з **Перебуванням у Лікарні внаслідок Нещасного випадку** дорівнює:
 - на одну Подію - максимум вартості 9 Кредитних платежів, не більше 54 000 PLN
 - за всі Події у безперервний період відповідальності Страховика - максимум вартості 18 Кредитних платежів, не більше 108 000 PLN.

СТ. 10

СУМА СТРАХОВОЇ ВИПЛАТИ

1. У разі **Смерті** або **Постійної і повної непрацездатності** Застрахованого Страховик здійснить Страхову виплату в розмірі добутку Страхової суми і Процентної частки.
2. У разі позитивного рішення про здійснення Страхової виплати у зв'язку з Постійною і повною непрацездатністю після здійснення Страхової виплати у зв'язку зі Смертю Страхова виплата буде зменшена на суму здійсненої Страхової виплати у зв'язку зі Смертю.
3. У разі **Втрати роботи** Страховик здійснить першу Страхову виплату після 30 днів безперервного періоду права Застрахованого на Статус безробітного або Статус особи, яка шукає роботу, в сумі, що дорівнює добутку процентної частки і суми Кредитного платежу, що підлягає сплаті, негайно після цих 30 днів.
4. У разі, якщо через 30 днів, зазначених у п. 3 цієї статті Застрахований все ще має право на Статус безробітного або Статус особи, яка шукає роботу, Страховик здійснюватиме Страхову виплату кожного разу в сумі, рівній добутку Процентної частки і суми одного Кредитного платежу, що підлягає сплаті, безпосередньо після кожних 30 послідовних днів безперервного права Застрахованого на Статус безробітного або Статус особи, яка шукає роботу, відповідно.
5. Страховик здійснить максимум **6** Страхових виплат у зв'язку з Втратою роботи протягом усього періоду безперервного надання Страхового захисту, але не більше, ніж борг, що залишився до сплати, на Дату настання Події, при цьому одна Страхова виплата не може перевищувати 6 000 PLN.
6. Якщо Втрата роботи станеться протягом перших 60 днів з Дати початку дії Страхового захисту стосовно даного Застрахованого, Страховик здійснить лише одну Страхову виплату, розраховану на основі добутку Процентної частки і суми Кредитного платежу, що підлягає сплаті, після 30 днів безперервного періоду, коли Застрахований має право на Статус безробітного або Статус особи, що шукає роботу, але не більше 3 000 PLN.
7. У разі Втрати роботи особами, які працевлаштовані на визначений строк, Страховик здійснюватиме Страхові виплати не довше, ніж до дати закінчення строку дії трудового договору або службових відносин, укладених на визначений строк, якщо Втрата роботи не відбулася.

8. У разі **Серйозної хвороби** Застрахованого Страховик здійснить Страхову виплату в розмірі, який залежить від статусу працевлаштування Застрахованого на Дату настання Події:
 - a) для осіб, які отримують доходи за трудовим договором або службовими відносинами, сума Страхової виплати дорівнює добутку Процентної частки і суми 12 наступних Кредитних платежів, що підлягають сплаті, відразу після Дати настання Події, але не більше 6 000 PLN на один Кредитний платіж і не більше боргу, що залишився до погашення на Дату настання Події;
 - b) для осіб, які не отримують доходів за трудовим договором або службовими відносинами, - сума Страхової виплати дорівнює добутку Процентної частки і суми 24 наступних Кредитних платежів, що підлягають сплаті, відразу після Дати настання Події, але не більше 6 000 PLN на один Кредитний платіж і не більше боргу, що залишився до погашення на Дату настання Події;
9. Якщо Серйозна хвороба виникає протягом перших 60 днів з Дати початку дії Страхового захисту стосовно даного Застрахованого, Страховик здійснить Страхову виплату, розраховану на основі добутку Процентної частки і суми одного Кредитного платежу, що підлягає сплаті, відразу після Дати настання Події, але не більше 3000 PLN.
10. У разі **Перебування в Лікарні в результаті Нещасного випадку** Страховик здійснить першу Страхову виплату у розмірі добутку Процентної частки і Кредитного платежу, що підлягає сплаті, відразу після 3 днів безперервного Перебування в Лікарні в результаті Нещасного випадку.
11. У разі, якщо після закінчення 3-денного Перебування в Лікарні в результаті Нещасного випадку, зазначеного у п. 10 цієї статті, Застрахований продовжує перебувати в Лікарні, Страховик здійснюватиме Страхову виплату щоразу у розмірі добутку Процентної частки і Кредитного платежу, що підлягає сплаті, відразу після кожних 30 послідовних днів безперервного Перебування в Лікарні в результаті Нещасного випадку.
12. У зв'язку з Перебуванням в Лікарні в результаті Нещасного випадку Страховик здійснює максимум 9 Страхових виплат у зв'язку з однією Подією Перебування в Лікарні в результаті Нещасного випадку, але не більше 18 Страхових виплат протягом усього безперервного періоду надання Страхового захисту і не більше ніж борг, що залишився до сплати на Дату настання Події, при цьому, одна Страхова виплата не може перевищувати 6 000 PLN.
13. Сума Страхової виплати у зв'язку із Серйозною хворобою, Втратою роботи, Перебуванням в Лікарні в результаті Нещасного випадку розраховується на підставі Графіка, що діє на Дату укладення Договору страхування, або - у разі оновлення Страхової суми - на Дату оновлення Страхової суми безпосередньо перед настанням Події.
14. Якщо Застрахований не вказав Вигодонабувачів або якщо жоден із Вигодонабувачів на дату Смерті Застрахованого не був живий або всі Вигодонабувачі втратили право на Страхову виплату, право на отримання Страхової виплати мають члени сім'ї Застрахованого в наступному порядку:
 - 1) чоловік/дружина,
 - 2) в рівних частинах діти - якщо немає чоловіка/дружини,
 - 3) в рівних частинах батьки - якщо немає дітей і чоловіка/дружини,
 - 4) в рівних частинах брати і сестри Застрахованого - якщо немає батьків, дітей і чоловіка/дружини,
 - 5) інші спадкоємці Застрахованого, за винятком Державного казначейства, якщо немає зазначених вище осіб.



Дізнайтеся, як ви можете подати вимогу.

СТ. 11

СПОСІБ ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО СТРАХОВІ ПОДІЇ І ЗДІЙСНЕННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

1. Про настання Події слід негайно повідомити Страховика шляхом:
 - 1) заповнення електронної заявки на веб-сайті: www.cardif.pl (вкладка: «Подати вимогу онлайн») або
 - 2) надсилання повідомлення на адресу: nazwa@cardif.pl або
 - 3) подання заяви на здійснення Страхової виплати в письмовій формі або особисто в офісі Страховика або через Агента, наприклад, на бланку вимоги і додаючи документи, зазначені в OWU.
2. Бажано, щоб усі документи, що додаються до заявки на Страхову виплату (крім кредитної документації), були оригіналами або копіями (завіреними на вірність з оригіналом працівниками або довіреними особами Банку, або уповноваженим органом). У разі документів, складених мовою, відмінною від польської, необхідно, щоб до кожного документа були додані документи, які містять переклад на польську мову, завіреним присяжним перекладачем.
3. Страховик здійснить Страхову виплату протягом 30 днів з дати отримання повідомлення про Подію.
4. Якщо з'ясування обставин, необхідних для визначення Страхової виплати або розміру Страхової виплати, виявилось неможливим у строк, зазначений у п. 3, Страхова виплата має бути здійснена протягом 14 днів з дня, коли можна було з належною ретельністю з'ясувати ці обставини. У цьому випадку Страховик письмово повідомить особу, яка подала вимогу, і Застрахованого, у разі укладення договору страхування третьої особи, якщо він не є особою, яка подала вимогу, про причини неможливості задовольнити вимоги повністю або частково, однак безспірну частину Страхової виплати Страховик здійснить у строк, передбачений в п. 4.
5. Якщо Страховик не здійснить Страхову виплату протягом строку, зазначеного у п. 3 або 4, він повинен письмово повідомити про причини неможливості повного або часткового задоволення вимог особу, яка подає вимогу, і Застрахованого у разі укладення Договору страхування третьої особи, якщо він не є особою, яка подає вимогу, і здійснити безспірну частину Страхової виплати.
6. У разі, якщо Страхова виплата не належить або належить в розмірі, відмінному від зазначеного в поданій вимозі, Страховик з дотриманням термінів, зазначених у п. 3 і 4, повинен надати письмову інформацію особі, яка подає вимогу, і Застрахованому, у разі укладення Договору страхування третьої особи, якщо він не є особою, яка подає вимогу. Страховик вказує обставини і правові підстави, що обґрунтовують повну або часткову відмову у здійсненні Страхової виплати. Інформація Страховика міститиме вказівки щодо можливості розгляду вимог у суді.
7. У разі, якщо Страхові виплати підлягають здійсненню, Страховик повідомляє про цей факт Застрахованого або іншу особу, яка

- подає вимогу, шляхом надання їм письмової інформації про здійснення Страхової виплати.
8. Страхова виплата здійснюється шляхом переказу на банківський рахунок Вигодонабувача.
 9. Для подання вимоги Страховику необхідно подати:

Подія	Необхідні документи
Смерть	<ul style="list-style-type: none"> - копію свідоцтва про смерть Застрахованого; - документ із зазначенням причини Смерті (наприклад, заключення про смерть, статистична кара, медична довідка, інформаційна карта з лікарні, карта виїзду швидкої допомоги, протокол розтину останків тощо); - медичну документацію, що стосується лікування Застрахованого; - якщо Подія сталася внаслідок Нещасного випадку - документ, що описує обставини настання Події (наприклад, протокол поліції з місця випадку або рішення про припинення розслідування, що ведеться прокуратурою, або інші документи, що підтверджують настання Нещасного випадку); - інші документи, необхідні Страховику для встановлення обґрунтованості вимоги про виплату і розміру Страхової виплати (наприклад, додаткова медична документація).
Постійна та повна непрацездатність	<ul style="list-style-type: none"> - відповідний Висновок у розумінні умов страхування ОВУ; - документ, який визначає причину непрацездатності Застрахованого (медична документація або документ, в якому вказано обставини настання Події (напр.: протокол працівників поліції з місця дорожньо-транспортної пригоди або рішення про припинення розслідування, яке провадить прокуратура, або інші документи, що підтверджують настання Нещасного випадку)); - інші документи, яких вимагає Страховик, необхідні для встановлення правомірності претензії щодо виплати і розміру Страхової виплати (напр.: додаткова медична документація).
Серйозна хвороба	<ul style="list-style-type: none"> - документація, яка підтверджує виникнення хвороби або проведення операції, вказаної у визначенні Серйозного хвороби; - медичну документацію, що стосується лікування Застрахованого; <ul style="list-style-type: none"> - для підтвердження права на збільшену Страхову виплату у випадку Серйозної хвороби, стосовно осіб, які не отримують доходів на підставі трудового договору або службових відносин, – довідка про джерело доходів станом на Дату настання Події, тобто у випадку: <ul style="list-style-type: none"> - пенсіонерів за віком і пенсіонерів за інвалідністю – довідка із ZUS або іншого органу соціального захисту про призначення пенсії або пенсії по інвалідності, - фермерів і подружжя фермерів – довідка з KRUS про сплату страхового платежу у KRUS, - осіб, які працюють за трудовим договором або службовими відносинами менше 18 місяців, – довідка/довідки від роботодавця/роботодавців, в якій/яких вказано тривалість працевлаштування у період останніх 18 місяців до настання Події, - осіб, які працюють на підставі цивільно-правового договору, – копія цивільно-правового договору - осіб, які ведуть підприємницьку діяльність – витяг з CEIDG або з Реєстру підприємців KRS або номер запису у відповідному реєстрі. - інші документи, яких вимагає Страховик, необхідні для встановлення правомірності претензії щодо виплати і розміру Страхової виплати (напр.: додаткова медична документація).
Втрата роботи	<ul style="list-style-type: none"> - довідка з останнього місця роботи або копія заяви роботодавця про припинення дії трудових або службових відносин у розумінні положень трудового законодавства; - довідку про джерело доходів на дату настання Події (наприклад, копію трудового договору); - довідка про отримання Статусу особи, яка шукає роботу (стосовно Фермерів) або Статусу безробітного з датою, з якої Застрахований має право отримувати допомогу по безробіттю (якщо має); - можливо, інші документи, яких вимагатиме Страхувальник для встановлення правомірності претензії щодо виплати і розмір Страхової виплати. <p><u>Додаткові документи, які подаються перед виплатою кожної наступної щомісячної Страхової виплати:</u> копія довідки, наданої Управлінням праці, яка підтверджує отримання Статусу безробітного і права отримувати допомогу по безробіттю (якщо надається) або Статусу особи, яка шукає роботу станом на останній день цього періоду.</p>
Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку	<ul style="list-style-type: none"> - медична документація, що підтверджує Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку (інформаційна картка лікування в медичному закладі); - документ, в якому описано обставини настання Нещасного випадку (напр.: протокол працівників поліції з місця дорожньо-транспортної пригоди або рішення про припинення розслідування, яке провадить прокуратура, або інші документи, що підтверджують настання Нещасного випадку); - інші документи, яких вимагає Страховик, необхідні для встановлення правомірності претензії щодо виплати і розміру Страхової виплати (напр.: додаткова медична документація). <p><u>Додаткові документи, які подаються перед виплатою кожної наступної щомісячної Страхової виплати:</u> - медична документація, що підтверджує Перебування Застрахованого в Лікарні внаслідок Нещасного випадку (інформаційна картка лікування в медичному закладі)</p>



Перевірте, в яких ситуаціях ми не зможемо виплатити страхові виплати

СТ. 12

ВИКЛЮЧЕННЯ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ СТРАХОВИКА

Подія	Виключення
Смерть	<p>Відповідальність Страховика виключається, якщо настання Події відбулося у зв'язку з:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) самогубством, яке трапилося у період двох перших років з Дати початку Страхового захисту або Підвищення Страхової суми, відносно суми підвищення; b) активною участю Застрахованого у воєнних діях, бойових діях, активною участю у заворушеннях, свідомою і добровільною участю в насильницьких діях, якщо участь в насильницьких діях не зумовлена нагальною необхідністю або потребою захисту; c) спробою або вчиненням Застрахованим злочину; d) перебуванням Застрахованого під дією алкоголю, наркотиків або інших токсичних чи психоактивних речовин (так зв. конструкторських наркотиків), за винятком лікарських засобів, що застосовуються за рецептом лікаря та вживаються відповідно до його рекомендацій; e) подією, безпосередньо пов'язаною з масовим хімічним або радіоактивним зараженням, викликаним зброєю або пристроєм, що використовує енергію ядерного поділу або радіоактивність.
Постійна та повна працездатність	<ul style="list-style-type: none"> a) активною участю Застрахованого у воєнних діях, бойових діях, заворушеннях, свідомою і добровільною участю Застрахованого в насильницьких діях, якщо його участь в насильницьких діях не зумовлена нагальною необхідністю або потребою захисту; b) спробою самогубства; c) спробою або вчиненням Застрахованим злочину; d) перебуванням Застрахованого під дією алкоголю, наркотиків або інших одурманюючих речовин, за винятком лікарських засобів, що застосовуються за рецептом лікаря та вживаються відповідно до його рекомендацій; e) самокаліченням або тілесними ушкодженнями на прохання Застрахованого, незалежно від стану його осудності; f) подією, безпосередньо пов'язаною з масовим хімічним або радіоактивним зараженням, спричиненим зброєю або обладнанням, що використовує енергію поділу ядра або радіоактивність; g) участю у змаганнях і спортивних і відновлювальних заняттях Застрахованого з небезпечних видів спорту, зокрема: моторні види спорту або водо-моторний спорт, авіаційний спорт, альпінізм і скелелазіння, дайвінг з використанням спеціального оснащення, стрибки у воду, стрибки із парашутом, канатоходіння, бойові мистецтва; h) проведенням для Застрахованого пластичної або косметичної операції, хіба що це було необхідно для усунення наслідків нещасного випадку, якого зазнав Застрахований;
Перебування в Лікарні внаслідок Нещасного випадку	<ul style="list-style-type: none"> a) активною участю у воєнних діях, бойових діях, активною участю у заворушеннях, свідомою і добровільною участю в насильницьких діях, якщо участь в насильницьких діях не зумовлена нагальною необхідністю або потребою захисту; b) спробою або вчиненням правопорушення; c) участю у змаганнях і спортивних і відновлювальних заняттях Застрахованого з небезпечних видів спорту, зокрема: моторні види спорту або водо-моторний спорт, авіаційний спорт, альпінізм і скелелазіння, дайвінг з використанням спеціального оснащення, стрибки у воду, стрибки із парашутом, канатоходіння, бойові мистецтва; d) перебуванням Застрахованого під дією алкоголю, наркотиків або інших токсичних чи психоактивних речовин (так зв. конструкторських наркотиків), за винятком лікарських засобів, що застосовуються за рецептом лікаря та вживаються відповідно до його рекомендацій; e) самокаліченням або тілесними ушкодженнями на власне прохання, незалежно від стану його осудності; f) подією, безпосередньо пов'язаною з масовим хімічним або радіоактивним зараженням, спричиненим зброєю або обладнанням, що використовує енергію поділу ядра або радіоактивність;
Серйозна хвороба	<ul style="list-style-type: none"> a) активною участю у воєнних діях, бойових діях, активною участю у заворушеннях, свідомою і добровільною участю в насильницьких діях, якщо участь в насильницьких діях не зумовлена нагальною необхідністю або потребою захисту; b) спробою або вчиненням Застрахованим злочину; c) перебуванням Застрахованого під дією алкоголю, наркотиків або інших токсичних чи психоактивних речовин (так зв. конструкторських наркотиків), за винятком лікарських засобів, що застосовуються за рецептом лікаря та вживаються відповідно до його рекомендацій; d) подією, безпосередньо пов'язаною з масовим хімічним або радіоактивним зараженням, викликаним зброєю або пристроєм, що використовує енергію ядерного поділу або радіоактивність.
Втрата роботи	<ul style="list-style-type: none"> a) припиненням Застрахованим службових відносин або трудового договору в розумінні положень трудового права або інших положень законодавства, що регулюють ці відносини, за винятком способу припинення договору працівником без попередження з причин, що покладаються на роботодавця, на підставі ст. 55 § 1¹ Кодексу законів про працю; b) припиненням службових відносин або трудового договору за угодою сторін, в розумінні положень трудового права або інших положень законодавства, що регулюють ці відносини, хіба що угода сторін відбулася з причин, не пов'язаних із працівником, у зв'язку з банкрутством, ліквідацією підприємства

- роботодавця або скороченням працевлаштування з причин, що стосуються закладу праці, а угода сторін відбулася у період відповідальності Страховика на підставі Втрати роботи;
- c) припиненням роботодавцем трудового договору із Застрахованим без попередження, а також у зв'язку з припиненням роботодавцем службових відносин внаслідок провини Застрахованого в розумінні положень законодавства, що регулюють ці відносини, якщо припинення не відбулося внаслідок довготривалої хвороби;
 - d) припиненням трудового договору або службових відносин із закінченням терміну, на який вони уклалися;
 - e) припиненням службових відносин або трудового договору, коли Застрахований був попереджений про припинення до Дати укладення Договору Страхування або до Дати початку дії Страхового захисту щодо Застрахованого на підставі Втрати роботи.



Ознайомтеся з правилами оподаткування Страхових виплат.

СТ. 13

ОПОДАТКУВАННЯ СТРАХОВИХ ВИПЛАТ

1. Страхові виплати за Договором страхування оподатковуються на підставі загальноприйнятих положень польського законодавства.
2. У випадку фізичних осіб, Страхові виплати за Договором страхування не оподатковуються податком на доходи відповідно до положень Закону від 26 липня 1991 року про податок на доходи фізичних осіб (ціл. текст Законодавчий вісник, 2012 р., поз. 361 з наст. зм.) Страхові виплати, які не звільнені від оподаткування, чітко зазначені у вищезгаданому Законі.
3. У разі юридичних осіб страхові виплати, отримані за Договором страхування, є доходом відповідно до положень ст. 12, п. 1 Закону від 15 лютого 1992 р. «Про податок на прибуток юридичних осіб» (зведений текст Законодавчий вісник, 2014 р., поз. 851 з наст. зм.)



Ви можете звернутися до нас у випадку, якщо ви не задоволені нашими послугами.
Ознайомтеся із правилами подання і розгляду рекламцій.

СТ. 14

РОЗГЛЯД РЕКЛАМАЦІЙ

1. Рекламції можна подавати у письмовій формі за адресою місцезнаходження Страховика: ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, або поштовим відправленням, телефоном на номер телефону, вказаний на сайті www.cardif.pl, електронною поштою на адресу e-mail: reklamacje@cardif.pl, або заповнивши форму повідомлення, розміщену на сайті www.cardif.pl.
2. Страховик надає відповідь на Рекламцію у паперовій формі або на довготривалому носії інформації у розумінні Закону від 19 серпня 2011 року «Про платіжні послуги» без зайвої затримки, але не пізніше 30 днів з дати отримання Рекламції у формі і місці, зазначеними в п. 1 вище. На вимогу особи, яка подає Рекламцію, Страховик може надати відповідь, зазначену у попередньому реченні, електронною поштою.
3. В особливо складних випадках, коли неможливо розглянути Рекламцію і надати відповідь у строк, зазначений у п. 2, Страховик вказує очікуваний строк розгляду Рекламції і надання відповіді, який не може перевищувати 60 днів з дати отримання Рекламції.
4. Особа, яка подає Рекламцію, має право подати заяву про розгляд Рекламції до Фінансового Омбудсмена або подати Рекламцію до Міського або Повітового Захисника прав Споживачів.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. підлягає нагляду Комісії з фінансового нагляду.
6. Інформація про спосіб подання і розгляду Рекламції доступна на сайті www.cardif.pl та за місцезнаходженням Страховика.



Якщо спір із Страховиком не можна розв'язати полюбовно, то завжди відкритий шлях розгляду претензій у судовому провадженні. Ознайомтеся з правилами судового провадження щодо претензій.

СТ. 15

КОМПЕТЕНТНИЙ СУД І ВИРІШЕННЯ СПОРІВ

1. У питаннях, не охоплених цими OWU, застосовуються відповідні положення польського законодавства, зокрема Цивільний кодекс і Закон «Про страху та перестрахову діяльність».
2. Позови щодо претензій, передбачені Договором страхування, можна подавати або відповідно до положень про загальну юрисдикцію, або до суду, компетентного для місця проживання або місцезнаходження Страхувальника, Застрахованого, Вигодонабувача або Уповноваженої особи за Договором страхування, або до суду, компетентного для місця проживання спадкоємця Застрахованого або спадкоємця Уповноваженої особи за Договором страхування.
3. Компетентним органом для Страховика, призначеним здійснювати провадження у справі вирішення споживчих спорів, у розумінні Закону від 23 вересня 2016 року про позасудове вирішення споживчих спорів є Фінансовий Омбудсмен (www.rf.gov.pl).
4. У випадках, вказаних у ст. 114, п. 1 Закону від 22 травня 2003 року про обов'язкове страхування, Страховий гарантійний фонд і Польське бюро страховиків автотранспорту (Законодавчий вісник, 2013, поз. 392 з наст. зм.) відшкодування страхових виплат гарантується Страховим гарантійним фондом.

СТ. 16**ГРОШОВА СИСТЕМА**

У випадку зміни монетарної системи у Польщі або деномінації польської валюти всі фінансові зобов'язання, передбачені цим Договором страхування, номіновані у польській валюті, будуть змінені, опираючись на середній курс обміну валют, оголошений Національним Банком Польщі.

СТ. 17**ЗАКЛЮЧНІ ПОЛОЖЕННЯ**

1. Відповідно до змісту ст. 7, п. 1, пп. 2) Закону від 7 жовтня 1999 року про польську мову (цілісний текст: Законодавчий вісник, 2011 р., № 43, поз. 224) мовою, яка застосовується у процесі виконання Договору страхування є польська мова.
2. Ці Загальні Умови Страхування Позичальників за індексом VNPP/НІПОТЕКАСПІ_3_2.2/2019, затверджені відповідно Правлінням Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. та Дирекцією Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Відділення у Польщі рішенням від 18 березня 2019 року, змінене рішенням від 30 вересня 2021 року, набувають чинності 1 жовтня 2021 року.
3. Звіт про платоспроможність і фінансовий стан Страховика можна знайти на веб-сайті www.cardif.pl і в офісі Страховика.



Grzegorz Jurczyk

Голова Правління і Представник іноземного підприємця у відділенні



Pierre Alexis-Brabis
Член Правління

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

o indeksie BNPP/HIPOTEKACPI_3_2.2/2019

Drogi Kliencie

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

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

Zespół BNP Paribas Cardif



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



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



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



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



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

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

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

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



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

ART 1. DEFINICJE

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

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

- 14) „**Kwota Kredytu**” – wartość przyznanego Kredytu, z uwzględnieniem kredytowanych kosztów Kredytu, określona w Umowie Kredytu, z uwzględnieniem zmian wprowadzonych aneksem do Umowy Kredytu;
- 15) „**Nieszczęśliwy wypadek**” – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w Okresie ubezpieczenia;
- 16) „**Ochrona ubezpieczeniowa**” – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 17) „**Okres ubezpieczenia**” – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, odpowiadający okresowi miesięcznemu. Pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do najbliższego Dnia płatności Raty Kredytu. Każdy kolejny Okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu następującym po Dniu płatności Raty Kredytu i trwa do kolejnego Dnia płatności Raty Kredytu włącznie, zgodnie z postanowieniami art. 4 OWU;
- 18) „**Orzeczenie**” – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
- całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo,
 - niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowaniu, z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego);
- 19) „**Osoba składająca Reklamację**” – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 20) „**Pakiet**” – jeden z dwóch pakietów, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 21) „**Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**” – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 22) „**Podwyższenie Sumy Ubezpieczenia**” – podwyższenie Sumy ubezpieczenia, wynikające ze zwiększenia Kwoty Kredytu po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia lub z przejścia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy Kredytu, potwierdzone Aneksem;
- 23) „**Poważne zachorowanie**” – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
- nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - udar mózgu** – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, 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;
- 24) **„Rata Kredytu”** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, którego warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu i wskazane w Harmonogramie, obejmujące kapitał Kredytu i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzetworzonej części kapitału Kredytu, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału Kredytu, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki, a w przypadku Kredytów z dopłatami do oprocentowania nieuwzględniające dopłaty do oprocentowania;
- 25) **„Reklamacja”** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 26) **„Rolnik”** - osoba fizyczna będąca właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (tj. Dz.U. 2014, poz. 121, z późn. zm.), o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe;
- 27) **„Saldo zadłużenia”** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy Kredytu, obejmujące kapitał Kredytu pozostały do spłaty na dany dzień;
- 28) **„Składka”** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 29) **„Status bezrobotnego”** – status uzyskany przez Ubezpieczonego po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego:
- z prawem do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
 - bez prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych - dotyczy Ubezpieczonych zatrudnionych w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągających w tym czasie wynagrodzenie poniżej minimalnego wynagrodzenia za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy;
- 30) **„Status osoby poszukującej pracy”** – Rolnik, który uzyskuje status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U, 2015.149 j.t. z późn. zm), zatrudniony w okresie 18 miesięcy bezpośrednio poprzedzających dzień zarejestrowania, łącznie przez okres co najmniej 365 dni, osiągający wynagrodzenie za pracę, od którego istniał obowiązek opłacania składki na ubezpieczenia społeczne i Fundusz Pracy;
- 31) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w art. 9 OWU, określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zajścia Zdarzenia;
- 32) **„Szpital”** – działający na terenie Unii Europejskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów leczenia uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 33) **„Świadczenie”** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu lub Uposażonemu, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 34) **„Trwała i całkowita niezdolność do pracy”** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 35) **„Ubezpieczający”** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacania Składki;
- 36) **„Ubezpieczony”** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca inny niż Ubezpieczający, objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wnioskopolisie;
- 37) **„Ubezpieczyciel”** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa w zakresie ryzyk Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważnego zachorowania lub
 - Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa, w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 38) **„Udział procentowy”** - udział danego Ubezpieczonego w Sumie Ubezpieczenia, równy:
- 100% - gdy Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Kredytu objęty jest jeden Ubezpieczony albo
 - 50% - w przypadku dwóch Ubezpieczonych albo
 - 33,34% - w przypadku trzech Ubezpieczonych albo

- 25% - w przypadku czterech Ubezpieczonych.

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

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



Sprawdź, czego dotyczy i co obejmuje Twoje ubezpieczenie.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

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

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

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

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



Sprawdź, kiedy zaczyna się i kończy ubezpieczenie.

ART 4.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

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



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

ART 5.

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

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



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

ART 6.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

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



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

ART 7.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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



Sprawdź, jakie są zasady ustalania wysokości i opłacania składki.

ART 8.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

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

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



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

ART 9. SUMY UBEZPIECZENIA

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

ART 10. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

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

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



Sprawdź, w jaki sposób możesz zgłosić roszczenie.

ART 11. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

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

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

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



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia

ART 12.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

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

<p>Trwała i całkowita niezdolność do pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) próbą samobójstwa; c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; d) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności; f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość; g) udziałem w zawodach oraz wyczynowym i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki; h) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
<p>Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa; c) udziałem w zawodach oraz wyczynowym i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki; d) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; e) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności; f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
<p>Poważne zachorowanie</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej; b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; c) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony; d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
<p>Utrata pracy</p>	<ul style="list-style-type: none"> a) rozwiązaniem przez Ubezpieczonego stosunku służbowego lub umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy; b) rozwiązaniem stosunku służbowego lub umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy; c) rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby; d) rozwiązaniem umowy o pracę lub stosunku służbowego z upływem okresu na jaki były zawarte; e) rozwiązaniem stosunku służbowego lub umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub przed Dniem rozpoczęciem Ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego z tytułu Utraty pracy.



Zapoznaj się z zasadami opodatkowania Świadczeń.

ART 13.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

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



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

ART 14. ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.



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

ART 15. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwa o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
4. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2013 poz. 392 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

ART 16. SYSTEM MONETARNY

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

ART 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

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

Grzegorz Jurczyk

Prezes Zarządu i Reprezentant zagranicznego przedsiębiorcy w oddziale

Pierre Alexis-Brabis

Członek Zarządu