

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE BGŻ/HIPOTEKACPI_3_1.2/2017

Drogi Kliencie,

zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie. Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

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

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.	ART. 2 UST. 3 I 4
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12 UST. 1 PKT A, B I C, UST. 2 PKT A I B, UST. 4 PKT A I B
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	ART. 8
5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.	NIE DOTYCZY
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	NIE DOTYCZY

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BGŻ/HIPOTEKACPI_3_1.2/2017 (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.

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BGŻ/HI-POTEKACPI_3_1.2/2017 oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Aneks** – dokument zmieniający treść Polisy, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia w stosunku do Kredytobiorcy:
 - a) przejmującego dług lub przystępującego do długu z tytułu Umowy kredytu w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia;
 - b) wstępującego w prawa i obowiązki Ubezpieczającego, wydany w dniu zawarcia aneksu do Umowy kredytu Aneks zawiera oświadczenia potwierdzające wolę Kredytobiorcy zawarcia lub przystąpienia do Umowy ubezpieczenia oraz reguluje zasady przystąpienia Ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy ubezpieczenia w stosunku do Kredytobiorców objętych Ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia na podstawie Polisy, z zastrzeżeniem, że dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 2) **Agent** – Kredytodawca, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, uprawniony w dokumencie pełnomocnictwa do zawierania i wykonywania Umów ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczyciela;
- 3) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 4) **Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność wykonywania pracy przez Ubezpieczonego, stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca z tej samej przyczyny chorobowej lub wypadkowej nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o Czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
- 5) **Działalność gospodarcza** – oznacza prowadzenie działalności gospodarczej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej we własnym imieniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego; z której uzyskiwane są dochody stanowiące główne źródło utrzymania. Za Działalność gospodarczą nie uznaje się działalności wykonywanej okresowo, hobbystycznie lub której głównym celem nie jest przynoszenie dochodu;
- 6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu, przez który rozumie się: dzień uruchomienia Kredytu bądź pierwszej transzy Kredytu lub w odniesieniu do Kredytobiorcy, który przystąpi do Umowy kredytu (tj. przejął dług wynikający z Umowy kredytu lub przystąpił do takiego długu) w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, dzień podpisania Aneksu;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia**:
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o Czasowej niezdolności do pracy;
 - c) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z Pobytem w Szpitalu Ubezpieczonego;
- 8) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień wystawienia Polisy lub w odniesieniu do Kredytobiorcy, który przystąpi do Umowy kredytu w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia dzień podpisania Aneksu przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem art. 3 ust. 4;
- 9) **Harmonogram spłat** – dokument opracowany dla potrzeb danej Umowy kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu obowiązujący na Dzień zajścia Zdarzenia;
- 10) **Kredyt** – kredyt hipoteczny, pożyczka hipoteczna, kredyt budowlany kredyt konsolidacyjny, kredyt hipoteczny z dopłatami do oprocentowania, kredyt budowlany z dopłatami do oprocentowania, kredyt hipoteczny z dofinansowaniem wkładu własnego, kredyt budowlany z dofinansowaniem wkładu własnego udzielony Kredytobiorcy przez Kredytodawcę zgodnie z regulacjami Kredytodawcy, którego docelowym zabezpieczeniem jest hipoteka na nieruchomości;
- 11) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną Działalność gospodarczą, będąca rezydentem, nierezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła (lub wnioskuje o zawarcie) z Kredytodawcą Umowę kredytu, bądź która przejęła dług Kredytobiorcy wynikający z Umowy kredytu lub przystąpiła do takiego długu; w przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, postanowienia dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio w stosunku do pozostałych kredytobiorców;
- 12) **Kredytodawca** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Kasprzaka 10/16, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące u Kredytodawcy;
- 13) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 14) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 15) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, trwający nieprzerwanie jeden miesiąc kalendarzowy z zastrzeżeniem, iż pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do końca miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym przypadał Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i jest automatycznie wznawiany na kolejne miesięczne Okresy ubezpieczenia pod warunkiem:
 - a) opłacenia Składki za dotychczasowy Okres ubezpieczenia oraz
 - b) nie złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia;
- 16) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 17) **Ośrodek** – placówki, zakłady, centra, oddziały, pododdziały, kliniki oraz wszelkie inne podmioty, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezależnie od stosowanego nazewnictwa oraz przynależności administracyjnej lub organizacyjnej;
- 18) **Pakiet** – jeden z dwóch pakietów ubezpieczenia wybierany przez Ubezpieczającego, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 19) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany Pobyt w Szpitalu Ubezpieczonego celem leczenia Choroby lub doznanych obrażeń ciała w skutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 5 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 20) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia wydany w dniu zawarcia Umowy kredytu lub aneksu do Umowy kredytu, przy czym dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem, że Polisa jest podpisana tylko przez Agenta;
- 21) **Rata kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, którego warunki spłaty określone są w Umowie kredytu i wskazane w Harmonogramie spłat, obejmujące kapitał Kredytu i odsetki według przewidzianego Umową kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału Kredytu, a w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału Kredytu, obejmujące przez okres karencji jedynie odsetki, a w przypadku Kredytów z dopłatami do oprocentowania nie uwzględniające dopłaty do oprocentowania;
- 22) **Rolnik** – osoba fizyczna będąca właścicielem lub posiadaczem samodzielnym 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;
- 23) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy, wynikające z Umowy kredytu, obejmujące kwotę odpowiadającą sumie:
 - a) kapitału Kredytu pozostałego do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia;
 - b) odsetek według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej, liczonych od nieprzeterminowanej części kapitału za okres od Dnia zajścia Zdarzenia do podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni;
 - c) odsetek karnych według przewidzianej Umową kredytu stopy procentowej od przeterminowanej części kapitału Kredytu za okres od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższy niż 120 dni;
 - d) opłat i prowizji przewidzianych Umową kredytu naliczonych w okresie od Dnia zajścia Zdarzenia do dnia podjęcia decyzji o wypłacie Świadczenia, jednak nie dłuższym niż 120 dni;
- 24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 25) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwoła-

nie od decyzji Ubezpieczyciela;

- 26) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 27) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, w dniu zarejestrowania się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 28) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
- 29) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu, Uprawnionemu lub innemu uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia. W przypadku Kredytów udzielanych w walutach obcych dla obliczenia Świadczenia przyjmuje się średni kurs waluty ogłoszony w Dniu zajścia Zdarzenia zgodny z tabelą NBP, a w przypadku gdy w Dniu zajścia Zdarzenia średni kurs nie został ogłoszony obowiązującym kursem jest ostatni średni kurs ogłoszony przed Dniem zajścia Zdarzenia;
- 30) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który zobowiązuje się do opłacenia Składki;
- 31) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca inny niż Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany w Polisie lub Aneksie;
- 32) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
 - a. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00–073 Warszawa w zakresie Zgonu, Pobytu w Szpitalu, Czasowej niezdolności do pracy lub
 - b. Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00–073 Warszawa, w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 33) **Umowa kredytu** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 34) **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;
- 35) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosku lub Aneksie albo innym dokumencie, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 36) **Uprawniony** – osoba na rzecz której Ubezpieczony przelał wierzitelności z Umowy ubezpieczenia wskazana we Wniosku lub Aneksie albo innym dokumencie, która w przypadku Zdarzenia innego niż Zgon Ubezpieczonego, jest uprawniona do otrzymania Świadczenia;
- 37) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia lub rozwiązanie stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 38) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia przez Ubezpieczonego;
- 39) **Wniosek** – dokument zawierający oświadczenia, potwierdzający wolę Kredytobiorcy zawarcia lub przystąpienia do Umowy ubezpieczenia, wymagający formy pisemnej pod rygorem nieważności;
- 40) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia.
- 41) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

b) **Pobyt w Szpitalu.**

4. Zakres ubezpieczenia w ramach **Pakietu B** obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do Ubezpieczonych nie posiadających uprawnień do emerytury, renty stałej i nie będących Rolnikami:
 - a) **Zgon,**
 - b) jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od źródła dochodu uzyskiwanego na dzień zajścia Zdarzenia przez Ubezpieczonego:
 - **Czasową niezdolność do pracy** – w przypadku gdy, Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego lub uzyskuje dochód z tytułu prowadzenia własnej Działalności gospodarczej, albo
 - **Utratę pracy** – w przypadku gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony, albo
 - **Pobyt w Szpitalu** – w przypadku gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA I OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie ukończył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu 75 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca będący Ubezpieczającym:
 - a) podpisał Wniosek;
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu;
 - c) zobowiązał się do opłacenia Składki.
3. Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty Kredytobiorca, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia:
 - a) ukończył 18 rok życia i nie ukończył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu 75 roku życia;
 - b) podpisał Wniosek, w którym wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową i wysokość Sumy ubezpieczenia;
 - c) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu.
4. W przypadku przystąpienia do Kredytu nowego Kredytobiorcy w okresie trwania Umowy ubezpieczenia, Dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu do tego Kredytobiorcy jest dzień podpisania Aneksu, w którym Kredytobiorca wyraża zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową i wysokość Sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3. pkt. a) i c) niniejszego artykułu.
5. Ubezpieczyciel, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, może domagać się od każdego z Kredytobiorców dołączenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Kredytobiorcę na badania lekarskie.
7. Koszty badań, o których mowa w ust. 6 ponosi Ubezpieczyciel.
8. W przypadku Kredytobiorców, którzy na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia nie przekroczyli 65 roku życia oraz którym udzielona kwota Kredytu przekracza:
 - a) **500.000,00 PLN** lub równoważność tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Kredytodawca udziela Kredytu, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP przyjętym przez Kredytodawcę na dzień decyzji kredytowej, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o wypełniony przez Kredytobiorcę Kwestionariusz Medyczny;
 - b) **700.000,00 PLN** lub równoważność tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w których Kredytodawca udziela Kredytu, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP przyjętym przez Kredytodawcę na dzień decyzji kredytowej, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny i Badanie lekarskie wykonane na koszt i w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela;
 - c) **900.000,00 PLN** lub równoważność tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Kredytodawca udziela Kredytu, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP przyjętym przez Kredytodawcę na dzień decyzji kredytowej, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny, Badanie lekarskie i laboratoryjne wykonane na koszt i w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela.
9. W przypadku Kredytobiorców, którzy na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia przekroczyli 65 rok życia oraz którym udzielona kwota Kredytu przekracza:

art. 3



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

art. 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego lub ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres Ochrony ubezpieczeniowej zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Pakietu, wskazanego we Wniosku i Polisie.
3. Zakres ubezpieczenia w ramach **Pakietu A** obejmuje Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, w odniesieniu do Ubezpieczonych posiadających uprawnienia do emerytury i renty stałej bądź będących Rolnikami:
 - a) **Zgon,**

- a) **250.000,00 PLN** lub równowartość tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Kredytodawca udziela Kredytu, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP przyjętym przez Kredytodawcę na dzień decyzji kredytowej, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o wypełniony przez Kredytobiorcę Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny;
 - b) **500.000,00 PLN** lub równowartość tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w których Kredytodawca udziela Kredytu, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP przyjętym przez Kredytodawcę na dzień decyzji kredytowej, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny i Badanie lekarskie wykonane na koszt i w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela;
 - c) **700.000,00 PLN** lub równowartość tej kwoty wyrażonej w walucie obcej, w której Kredytodawca udziela Kredytu, po średnim kursie dla danej waluty ogłoszonym w tym dniu zgodnie z tabelą NBP przyjętym przez Kredytodawcę na dzień decyzji kredytowej, zawarcie Umowy ubezpieczenia wymaga indywidualnej zgody Ubezpieczyciela w oparciu o Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny, Badanie lekarskie i laboratoryjne wykonane na koszt i w placówce wskazanej przez Ubezpieczyciela.
10. Każdy z Kredytobiorców musi pozytywnie przejść weryfikację, o której mowa w pkt a) – c) w ust. 8 i 9, aby zostać objętym Ochroną ubezpieczeniową.
 11. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca (maksymalnie czterech), na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy. W przypadku przejścia długu lub przystąpienia do długu z tytułu Umowy kredytu w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia przez nowego Kredytobiorcę Ochroną ubezpieczeniową na mocy Aneksu może zostać objęty ten Kredytobiorca, chyba że nie spełnia on warunków określonych w ust. 1, 3, 8 lub 9 niniejszego artykułu.
 12. 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 wygasa z upływem tego terminu.
- c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy;
 - d) z dniem zwolnienia z długu z tytułu Umowy kredytu danego Ubezpieczonego;
6. Niezależnie od postanowień ust 4 i 5 niniejszego artykułu Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) z tytułu Utraty pracy – w dniu wypłaty 24 lub 36 Świadczenia zgodnie z art. 10. ust. 19.,
 - b) z tytułu Czasowej niezdolności do pracy – w dniu wypłaty 24 lub 36 Świadczenia zgodnie z art. 10. ust. 19.,
 - c) z tytułu Pobytu w Szpitalu – w dniu wypłaty 24 lub 36 Świadczenia zgodnie z art. 10. ust. 19.
 7. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie z zastrzeżeniem że wypowiedzenie jest skuteczne na koniec Okresu ubezpieczenia, w którym to oświadczenie zostało złożone bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w OWU oraz we Wniosku i Polisie lub Aneksie.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub 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 ich przystąpieniem do ubezpieczenia, 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 zostali zgłoszeni lub wnioskowali o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony (lub inny uprawniony) może składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, dostępnym mu przez Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych wskazanych w Polisie lub Aneksie.
3. Umysłne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. może powoływać się na tę okoliczność w okresie pierwszych trzech lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach i warunkach wskazanych w OWU, Wniosku, Polisie lub Aneksie.
2. Składka płatna jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia.
3. Wysokość Składki zależna jest od: zakresu udzielanej Ochrony ubezpieczeniowej, wysokości Salda zadłużenia z tytułu Kredytu.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego jest równa Saldu zadłużenia z zastrzeżeniem ust. 5, przy czym nie więcej niż 1 000 000 zł.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, równa jest maksymalnie 24 lub 36 Ratom kredytu zgodnie z art.10. ust. 19. z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy, równa jest maksymalnie 24 lub 36 Ratom kredytu zgodnie z art.10. ust. 19. z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu równa jest, maksymalnie 24 lub 36 Ratom kredytu zgodnie z art.10. ust. 19. z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, maksymalnie czterech Ubezpieczonych, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zajścia Zdarzenia.



Jak długo trwa Twoja ochrona?

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie przez miesiąc z zastrzeżeniem art. 1. pkt 15) i jest automatycznie wznawiany na kolejne miesięczne Okresy ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia Składki za dotychczasowy Okres ubezpieczenia, chyba że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że Ubezpieczyciel powinien złożyć oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia najpóźniej na 21 dni przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia.
2. W przypadku Zgonu Ubezpieczającego Ochrona ubezpieczenia może być kontynuowana względem pozostałych Ubezpieczonych (nie będących dotychczas Ubezpieczającym) w ramach dotychczasowej Umowy ubezpieczenia pod warunkiem wstąpienia jednego z Ubezpieczonych w prawa i obowiązki Ubezpieczającego oraz podpisania Aneksu.
3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową niezależnie od miejsca pobytu.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach Umowy ubezpieczenia wygasa:
 - a) w ostatnim dniu danego Okresu ubezpieczenia, za który nie została opłacona Składka;
 - b) w ostatnim dniu danego Okresu ubezpieczenia w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczyciela oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia;
 - c) w ostatnim dniu danego Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 7;
 - d) z dniem całkowitej spłaty Kredytu;
 - e) z dniem wygaśnięcia lub rozwiązania Umowy kredytu;
5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa względem danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego jest równa Saldu zadłużenia z zastrzeżeniem ust. 5, przy czym nie więcej niż 1 000 000 zł.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, równa jest maksymalnie 24 lub 36 Ratom kredytu zgodnie z art.10. ust. 19. z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy, równa jest maksymalnie 24 lub 36 Ratom kredytu zgodnie z art.10. ust. 19. z zastrzeżeniem ust. 5.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu równa jest, maksymalnie 24 lub 36 Ratom kredytu zgodnie z art.10. ust. 19. z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, maksymalnie czterech Ubezpieczonych, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zajścia Zdarzenia.

1. W przypadku **Zgonu** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 9 ust. 1 i 5.
2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości każdorazowo Raty kredytu, wskazanej w Harmonogramie spłat, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 3 000 zł z zastrzeżeniem ust. 3–8 i 20.
3. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie z zastrzeżeniem, gdy w okresie 30 dni do spłaty przypadająby dwie Raty kredytu Ubezpieczyciel wypłaci Ratę kredytu, której data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugą z Rat kredytu Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy.
4. Każde kolejne Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy należne jest po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadające do spłaty w tym okresie.
5. W przypadku, gdy Czasowa niezdolność do pracy nastąpi w okresie pierwszych 60 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Świadczenie odpowiadać będzie wysokości 5% Świadczenia, o którym mowa w ust. 2, jednak nie mniej niż 50 zł.
6. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy, nastąpi przed upływem 30 dni, od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń po każdym 30 dniach Czasowej niezdolności do pracy, w wysokości określonej w ust. 2 lub 5 w zależności od tego w jakim terminie nastąpiła pierwsza Czasowa niezdolność do pracy.
7. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia zgodnie z postanowieniami ust. 3 oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 4 niniejszego artykułu.
8. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń na jedno Zdarzenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, w wysokości każdorazowo Raty kredytu przy czym nie więcej niż 24 lub 36 Świadczeń w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z art. 10 ust. 19.
9. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości każdorazowo Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłaty, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 3 000 zł. z zastrzeżeniem ust. 10–13 i 20.
10. W przypadku wystąpienia Utraty pracy, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty w tym okresie. z zastrzeżeniem gdy w okresie 30 dni do spłaty przypadająby dwie Raty kredytu Ubezpieczyciel wypłaci Ratę kredytu, której data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugą z Rat kredytu Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu z prawem do zasiłku dla bezrobotnych.
11. Każde kolejne Świadczenie z tytułu Utraty pracy należne jest po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu z prawem do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadające do spłaty w tym okresie.
12. W przypadku, gdy Utrata pracy nastąpi w okresie pierwszych 60 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Świadczenie odpowiadać będzie wysokości 5% Świadczenia, o którym mowa w ust. 9. jednak nie mniej niż 50 zł.
13. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń na jedno Zdarzenie z tytułu Utraty pracy, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, przy czym nie więcej niż 24 lub 36 Świadczeń w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z art. 10 ust. 19.
14. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości każdorazowo Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 3 000 zł. z zastrzeżeniem ust. 15–18 i 20.
15. W przypadku Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadającej do spłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
16. Każde kolejne Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu należne jest po każ-

dych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w wysokości jednej Raty kredytu wskazanej w Harmonogramie spłat, przypadające do spłaty w tym okresie z zastrzeżeniem, że gdy w okresie 30 dni do spłaty przypadająby dwie Raty kredytu Ubezpieczyciel wypłaci Ratę kredytu, której data zapadalności jest wcześniejsza, natomiast drugą z Rat kredytu Ubezpieczyciel wypłaci po kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.

17. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Świadczenie odpowiadać będzie wysokości 5% jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu, jednak nie mniej niż 50 zł.
18. Ubezpieczyciel, wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń na jedno Zdarzenie z tytułu Pobytu w Szpitalu, w wysokości każdorazowo Raty kredytu, przy czym nie więcej niż 24 lub 36 Świadczeń w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z art. 10 ust. 19.
19. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż:
 - a) 24 Świadczenia z tytułu Zdarzenia zgodnie z zapisami niniejszego artykułu, w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy okres kredytowania na podstawie Umowy kredytu jest nie dłuższy niż 10 lat;
 - b) 36 Świadczeń z tytułu Zdarzenia zgodnie z zapisami niniejszego artykułu, w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, w przypadku gdy okres kredytowania na podstawie Umowy wynosi co najmniej 10 lat.
20. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, maksymalnie czterech Ubezpieczonych, wysokość Świadczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zajścia Zdarzenia.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, roszczenie powinno zostać niezwłocznie zgłoszone bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta, w formie pisemnej np. na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia z zastrzeżeniem ust. 8 niniejszego artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia były oryginałami lub odpisami. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie nie później niż w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być 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 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zwartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie osobę zgłaszającą roszczenie, przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zda-

zenia oraz następujących dokumentów:

- a) w przypadku **Zgonu**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
 - b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - dowody wypłat (np.: wyciąg bankowy) przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub 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).
 - c) w przypadku **Utraty pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - 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 aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia;
 - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - Formularz głoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - dokument potwierdzający prowadzenie przez Ubezpieczonego w dniu zajścia Zdarzenia działalności rolniczej – w przypadku osób prowadzących działalność rolniczą;
 - zaświadczenie o nabyciu przez daną osobę uprawnień do renty lub emerytury lub inne aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia zaświadczenie odnośnie źródła dochodu otrzymywanego przez Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
9. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu, osoba zgłaszająca Zdarzenie ubezpieczeniowe jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - dokumentację medyczną potwierdzającą dalszy ciąg leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyna kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio – dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy;
 - b) w przypadku **Utraty pracy**:
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu/dowód pobrania zasiłku dla bezrobotnych;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).
10. W przypadku wskazania przez Ubezpieczonego Uposażonego, Świadczenie z tytułu Zgonu wypłacane jest Uposażonemu. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w Świadczeniu poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, uważa się, że udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego. Jeśli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci, udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziałów w Świadczeniu. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z Uposażonych Świadczenie przypada najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności i w częściach:
- a) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - b) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
11. Świadczenie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Utraty Pracy Ubezpieczonego oraz Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonego wypłacane jest Ubezpieczonemu. Ubezpieczony może przenieść prawo do ww. Świadczenia na osobę trzecią, wówczas to Świadczenie wypłacane jest tej osobie.



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

art. 12

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed podpisaniem Wniosku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed podpisaniem Aneksu, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od podpisania Aneksu z zastrzeżeniem, że wyłączenie stosowane jest tylko w odniesieniu do osób przejmujących dług lub przystępujących do takiego długu z tytułu Umowy kredytu przystępujących do Umowy ubezpieczenia na podstawie Aneksu,
 - c) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
 - d) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - e) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - f) pozostawiania 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, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia,
 - g) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni

- lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
- h) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.
2. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Czasowa niezdolność do pracy, została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed podpisaniem Wniosku gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed podpisaniem Aneksu gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od podpisania Aneksu z zastrzeżeniem że wyłączenie stosowane jest tylko w odniesieniu do osób przejmujących dług lub przystępujących do takiego długu z tytułu Umowy kredytu przystępujących do Umowy ubezpieczenia na podstawie Aneksu,
 - c) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - d) próby samobójstwa,
 - e) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - f) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - g) pozostawiania 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, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia,
 - h) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony,
 - i) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - j) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.
 3. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata pracy nastąpiła wskutek:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego 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) rozwiązania stosunku służbowego lub umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa, 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) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym lub stosunku służbowego bez wypowiedzenia w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego, chyba że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby,
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jaki była zawarta.
 4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu został spowodowany lub zaszedł wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed podpisaniem Wniosku gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed podpisaniem Aneksu lub gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od podpisania Aneksu z zastrzeżeniem że wyłączenie stosowane jest tylko w odniesieniu do osób przejmujących dług lub przystępujących do takiego długu z tytułu Umowy kredytu przystępujących do Umowy ubezpieczenia na podstawie Aneksu,
 - c) udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - d) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - e) próby samobójstwa,
 - f) pozostawiania 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, o ile miało to wpływ na powstanie Zdarzenia,
 - g) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - h) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - i) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.
 5. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt w Szpitalu związany był z:
 - a) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności Ubezpieczonego,
 - b) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
 - c) przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, 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 Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego artykułu, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załą-

art. 13

art. 14

czy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.

8. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
9. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę, zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
10. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
11. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

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 na dzień realizacji Świadczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BGŻ/HIPOTEKACPI_3_1.2/2017 zatwierdzone przez odpowiednio:
 - a. Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 30 marca 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 20 grudnia 2017 roku;
 - b. Dyрекję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 30 marca 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 15 grudnia 2015 roku, zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 20 grudnia 2017 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Dyrektor Oddziału
Członek Zarządu
Pascal Perrier



SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed 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).

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

Telefon: +48 22 529 17 09

Fax: +48 22 529 01 01

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

E-mail, gdy chcesz złożyć skargę: reklamacje@cardif.pl

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



Kontakt z nami