

SZCZEGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE BGZBNPP/CASHCPI_5_1.3 /2018

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 szczególnych warunkach ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	ART. 2 UST. 2 W ZWIĄZKU Z ART. 1 PKT 13, 18, 19, 27, 35, 36, 37, ART. 4 W ZWIĄZKU Z ART. 1 PKT 4, 7, 8, 12, 13, 18, 19, 27, 31, 36, 37, ART. 10 W ZWIĄZKU Z ART. 1 PKT 15, 18, 19, 21, 24, 27, 31, 35, 36, 37, ART. 11 W ZWIĄZKU Z ART. 1 PKT 13, 18, 19, 21, 25, 27, 31, 32, 36, 37
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 7 UST. 3, ART. 13 W ZWIĄZKU Z ART. 1 PKT 18, 19, 27, 36, 37.

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców oznaczone indeksem BGZBNPP/CASHCPI_5_1.3/2018 stosuje się do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców/Posiadaczy Kart na Życie, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”.

W Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie BGZBNPP/CASHCPI_5_1.3/2018 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 3) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – dokument potwierdzający przystąpienie do ubezpieczenia, w zależności od sposobu wyrażenia przez Ubezpieczonego woli objęcia ochroną jest to:
 - a) **dokument sporządzony w formie pisemnej na formularzu Ubezpieczyciela** - w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość albo
 - b) **oświadczenie złożone w formie elektronicznej na formularzu Ubezpieczyciela** – w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (internet);
 - 4) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień przystąpienia do ubezpieczenia;
 - 5) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** –
 - a) dzień podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej - w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość albo
 - b) dzień złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia woli w postaci elektronicznej, wyrażającego zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia, o treści zgodnej z Deklaracją ubezpieczeniową – w przypadku przystąpienia do ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (internet)
- z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy kredytu;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - a) w przypadku Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – 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 Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - d) w przypadku Poważnego zachorowania, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w SWU,
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
 - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
 - 7) **Kontynuacja Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu** - Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu do końca trwania Okresu ubezpieczenia, świadczona w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu na zasadach opisanych w SWU;
 - 8) **Kredyt** – kredyt gotówkowy (w tym restrukturyzowany) udzielany przez Kredytodawcę, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
 - 9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
 - 10) **Kredytodawca (Bank)** – 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;
 - 11) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w SWU;
 - 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym Harmonogramem spłat nie dłużej niż 120 miesięcy, z zastrzeżeniem art. 4;
 - 14) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lat nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznaw-



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie SWU

- b) cę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 15) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 16) **Pakiet** – jeden z pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 17) **Pierwotny harmonogram spłat** – dokument wystawiony przez Kredytodawcę, sporządzony do 14 dni od uruchomienia Kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat kredytu;
- 18) **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;
- 19) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) nowotwór złośliwy (rak) – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) zawał serca – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - c) udar mózgu – nagle, w efekcie trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienno mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - d) niewydolność nerek – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - e) operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez 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 Ubezpieczonego jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.

Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

- 20) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat załączonym do Umowy kredytu, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
- 21) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu, na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia, zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
- 22) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 23) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
- 24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 25) **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; definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwice lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 26) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk (zgodnie z postanowieniami SWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 27) **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 SWU;
- 28) **Ubezpieczający** - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 29) **Ubezpieczony** –Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w SWU,
- 30) **Ubezpieczyciel** –Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą przy ul. Grzybowskiej 78 w Warszawie;
- 31) **Umowa kredytu** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą Kredytobiorcą;
- 32) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
- 33) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 34) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 35) **Weześniejsza całkowita spłata Kredytu** - spłata zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed końcem Pierwotnego harmonogramu spłat;
- 36) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 37) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 38) **Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a Zgonem

Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo-skutkowy.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej. Wybrany przez Ubezpieczonego Pakiet wskazany jest w Deklaracji ubezpieczeniowej :

Nazwa pakietu	Zgon	Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Poważne zachorowanie
Pakiet Zielony					
Pakiet Srebrny					
Pakiet Złoty					
Pakiet Platynowy					

3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Kredytobiorca, który najpóźniej w Dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy kredytu, 75. roku życia.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) podpisał Deklarację ubezpieczeniową lub złożył oświadczenie w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Deklaracji ubezpieczeniowej,
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu w wysokości nieprzekraczającej 200.000 PLN, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych kredytów, przy zawieraniu, których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 200.000 PLN.
3. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy, chyba że któryś z Kredytobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i 2 a) oraz 2 b) przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy kredytu może być objętych nie więcej niż dwóch Kredytobiorców.

art. 2

art. 3



Jak długo trwa Twoja ochrona?

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
 - b) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania; i trwa nieprzerwanie do dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w SWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
 - a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
 - a) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
 - b) z upływem 120 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - c) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego.

art. 4

- jącego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
- d) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
 - e) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej,
 - f) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy kredytu, z zastrzeżeniem ust. 5; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca Okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
 6. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu Ubezpieczeni w ramach danej Umowy kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
 7. W przypadkach innych niż opisane w ust. 3 i 4, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy kredytu łączący Kredytodawcę z którymkolwiek z Kredytobiorców lub stosunek prawny, wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Kredytobiorcy wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałego Kredytobiorcy kontynuowana jest na zasadach wskazanych w SWU do wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z art. 10 ust. 6 SWU.

art. 5

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Ubezpieczającego lub Agenta.
2. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Agenta lub Ubezpieczającego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
4. Rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej, złożona przez jednego Ubezpieczonego powoduje zakończenie Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do drugiego Ubezpieczonego w ramach danej Umowy kredytu.

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu, przed wyrażeniem przez niego zgody na objęcie Ochroną ubezpieczeniową, treści obowiązujących SWU.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Ubezpieczonym Formularzy Zgłoszenia Roszczenia.

art. 7

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej lub elektronicznej na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego lub Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Ubezpieczającego lub 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 przystąpienia do ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta lub Ubezpieczającego.

art. 8

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczenia i realizacji Świadczenia Assistence w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia.
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 przystąpienie do ubezpieczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz wybranego Pakietu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu dla poszczególnych pakietów wynosi:
 - a) dla Pakietu Zielonego oraz Srebrnego – równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 200.000 PLN,
 - b) dla Pakietu Złotego – równa jest 150% Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 300.000 PLN,
 - c) dla Pakietu Platynowego - równa jest 300% Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 135.000 PLN.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku dla poszczególnych Pakietów wynosi:
 - a) dla Pakietu Zielonego, Srebrnego, Złotego - równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 200.000 PLN,
 - b) dla Pakietu Platynowego - równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 45.000 PLN.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania dla poszczególnych Pakietów wynosi:
 - a) dla Pakietu Złotego – równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 200.000 PLN,
 - b) dla Pakietu Platynowego – równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 45.000 PLN.
4. W przypadku, gdy Zgon nastąpi w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu Zgonu oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wynosi równowartość 12 Rat kredytu w całym Okresie ubezpieczenia, przy czym nie więcej niż 24.000 PLN.
6. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
7. Po wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, 2, 3 oraz 5, z zastrzeżeniem ust. 6 - dla jednego Ubezpieczonego, dalszy podział Sumy ubezpieczenia przypadającej na drugiego Ubezpieczonego nie będzie dokonywany.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią art. 10.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu zgonu.
3. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku danego Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
4. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego

art. 9

art. 10

art. 11

- Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Pobytów w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku) w całym Okresie ubezpieczenia, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000 PLN.
 6. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku dzielone jest proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną na Dzień przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.
 7. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu wyczonego przez Bank na Dzień zajścia Zdarzenia oraz w przypadku wypłaty Świadczenia w związku ze Zdarzeniem jakie zaszło w okresie Kontynuacji Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu; kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) Ubezpieczony,
 - b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia w formie pisemnej np.: na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9.
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 upoważnionych pracowników Kredytodawcy 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 uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym

4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie 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 zawartej 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 Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:

W przypadku	Wymagane dokumenty
Zgonu	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.); - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; - dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.); - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
Trwalej i całkowitej niezdolności do pracy:	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu SWU; - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
Poważnego zachorowania	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań; - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;

<p>Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku</p>	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (np. 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 niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia.
---	--

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku Zgonu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - a) następstwami i konsekwencjami Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 24 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 24 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - b) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - c) 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;
 - d) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - e) 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;
 - f) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. W przypadku Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - 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.
3. W przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - a) następstwami i konsekwencjami Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 24 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 24 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
 - b) 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;
 - c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 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) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - f) próbą samobójstwa;
 - g) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.
4. W przypadku Poważnego Zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
 - a) następstwami i konsekwencjami Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 24 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 24 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;

- 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 urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:
 - a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
 - b) 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;
 - e) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

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.).

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](http://www.cardif.pl), e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej [www. cardif.pl](http://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.

art. 16 SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku 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. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowego rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>
5. 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. 17 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. 18 POSTANOWIENIA KOŃCOWE


1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie BGZBNPP/CASHCPI_5_1.3/2018 weszły w życie z dniem 1 marca 2018 roku, zmienione z dniem 1 października 2021 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Pascal Perrier -
Prezes Zarządu



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

 Telefon: +48 22 529 19 99
Fax: +48 22 52 9 01 01
Centrum operacyjne: 22 563 12 28

 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