

Szczególne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie SYGMA/CONSUMER/CPI_7_2.1/2015

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych SWU 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 pkt 3
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 4 ust. 2, art. 13 ust. 1 pkt a, ust. 5 pkt a, ust. 7 pkt a, ust. 11 pkt a
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 13
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	art. 9
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



Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców, oznaczone indeksem SYGMA/CONSUMER/CPI_7_2.1/2015, stanowią integralną część:

1. Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie (Polisa nr UG-SYG-UR-1) zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna, oraz
2. Umowy Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (Polisa nr UG-SYG-UR-1) zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, a Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna, zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia”.

art. 1 DEFINICJE

W niniejszych Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie SYGMA/CONSUMER/CPI_7_2.1/2015 (dalej: SWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Bank** – Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01-211), ul. Kasprzaka 10/16;
- 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) **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;
- 4) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – wyrażone w formie elektronicznej oświadczenie Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 5) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień podpisania Umowy kredytu;
- 6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, pod warunkiem złożenia Ubezpieczającemu wypełnionej przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej nie wcześniej jednak niż dzień następny po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia:**
 - a) w przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** – 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 **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień wystąpienia Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku w rozumieniu SWU, wskazany w dokumentacji medycznej;
 - d) 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;
 - e) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - f) w przypadku **Pobytu w Szpitalu, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - g) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - a) dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych SWU;
 - a) dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - a) dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 8) **Kredyt** – kredyt ratalny udzielany Kredytobiorcy przez Kredytodawcę na podstawie Umowy kredytu;
- 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 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) **Nieszczęśliwy wypadek komunikacyjny** – Nieszczęśliwy wypadek, któremu Ubezpieczony uległ jako: pasażer lub kierujący Pojazdem, rowerzysta, motorowerzysta, pieszy; przy udziale Pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym;
- 13) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w niniejszych SWU;
- 14) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, rozpoczyna się z dniem uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż następnego dnia po złożeniu Deklaracji ubezpieczeniowej i trwa do końca trwania Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie dłuższy niż 36 miesięcy;
- 15) **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 dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
- 16) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony 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 pakietów wskazany przez Ubezpieczającego, określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 19) **Pierwotny harmonogram spłat** - informacja udzielona imiennie dla danego Kredytobiorcy przez Bank, zawarta w Umowie kredytu w dniu zawarcia Umowy kredytu, wskazująca wysokość oraz terminy spłat Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu;
- 20) **Pobyt w Szpitalu** - potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych wskutek 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;
- 21) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 22) **Pojazd** - dopuszczony do ruchu na podstawie odpowiednich przepisów o ruchu drogowym: samochód, pojazd szynowy, motocykl, ciągnik rolniczy, przyczepa; zdefiniowany zgodnie z ustawą prawo lotnicze statek powietrzny; statek wodny w rozumieniu ustawy o żegludzie śródlądowej lub kodeksu morskiego z wyłączeniem statków użytkowanych w celach sportowych;
- 23) **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 stopnia CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM,



- wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
- czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage IA) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
- 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, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacznienia 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 wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po poprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 24) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału oraz inne koszty doliczane do raty i wskazane w Umowie kredytu;
- 25) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące w szczególności kapitał oraz odsetki umowne, a także zawierające kwotę kredytowanej Składki;
- 26) **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 odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 27) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 28) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zareje-
- strowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 29) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 30) **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 pielęgnarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca Szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
- 31) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, zgodnie z postanowieniami niniejszych SWU, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 32) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych SWU;
- 33) **Trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - a) wzroku w obu oczach, lub
 - b) co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
- 34) **Ubezpieczający** – Bank;
- 35) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową w Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 36) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych SWU, tj. odpowiednio:
 - a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, KRS: 0000048866 w zakresie ryzyka Zgonu, Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu lub,
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, KRS: 0000026002, (oddział zakładu ubezpieczeń Cardif Assurances Risques Divers Societe Anonyme z siedzibą we Francji, działający zgodnie z zezwoleniem udzielonym przez francuski organ nadzoru) - w zakresie ryzyka Utraty pracy, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
- 37) **Umowa kredytu** – umowa kredytu ratalnego albo – w zakresie dotyczącym kredytu ratalnego - umowa kredytu ratalnego i umowę o kartę kredytową zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 38) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców na Życie (Polisa nr UG-SYG-UR-1) zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna oraz Umowa Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców (Polisa nr UG-SYG-UR-1) zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna na podstawie niniejszych SWU;
- 39) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego albo określona w niniejszych SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu: Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 40) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego albo określona w niniejszych SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych, niż: Zgon, Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego;
- 41) **Utrata pracy** – zdarzenie skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dniu zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 42) **Wcześniejsza spłata Kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat;
- 43) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia;
- 44) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 45) **Zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 46) **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego



wypadku, a pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego występuje związek przyczynowy;

- 47) **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego** - śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, a pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego występuje związek przyczynowy.

art. 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia zmienia się automatycznie wraz z Wiekami Ubezpieczonego, zgodnie z zapisami ust. 3 niniejszego Artykułu.
3. Zakres ubezpieczenia, w zależności od Pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:

- 1) **Pakiet 1**, w zależności od Wzrostu Ubezpieczonego:
 - a) dla Ubezpieczonych, którzy nie przekroczyli Wzrostu 75 lat:
 - **Zgon,**
 - **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - b) dla Ubezpieczonych, którzy przekroczyli Wzrost 75 lat:
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
- 2) **Pakiet 2**, w zależności od Wzrostu Ubezpieczonego:
 - a) dla Ubezpieczonych, którzy nie przekroczyli Wzrostu 75 lat:
 - **Zgon,**
 - **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - **Poważne zachorowanie,**
 - b) dla Ubezpieczonych, którzy przekroczyli Wzrost 75 lat:
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku (z wyższą Sumą ubezpieczenia, zgodnie z Art. 10 ust. 3 SWU),**
- 3) **Pakiet 3**, w zależności od Wzrostu Ubezpieczonego:
 - a) dla Ubezpieczonych, którzy nie przekroczyli Wzrostu 75 lat:
 - **Zgon,**
 - **Zgon wskutek nieszczęśliwego wypadku,**
 - **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - **Poważne zachorowanie,**
 - b) dla Ubezpieczonych, którzy przekroczyli Wzrost 75 lat:
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,**
- 4) **Pakiet 4**, w zależności od Wzrostu Ubezpieczonego:
 - a) dla Ubezpieczonych, którzy nie przekroczyli Wzrostu 75 lat:
 - **Zgon,**
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
 - **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - **Poważne zachorowanie,**
 - **Pobyt w Szpitalu,**
 - b) dla Ubezpieczonych, którzy przekroczyli Wzrost 75 lat:
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku (z wyższą Sumą ubezpieczenia, zgodnie z Art. 10 ust. 3 SWU),**
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,**
- 5) **Pakiet 5**, w zależności od Wzrostu Ubezpieczonego:
 - a) dla Ubezpieczonych, którzy nie przekroczyli Wzrostu 75 lat:
 - **Zgon,**
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
 - **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - **Poważne zachorowanie,**
 - **Pobyt w Szpitalu,**
 - jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:
 - (1) **Czasowa niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność rolniczą albo gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym przed dniem zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, albo
 - (2) **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, albo
 - (3) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
 - b) dla Ubezpieczonych, którzy przekroczyli Wzrost 75 lat:
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**

- **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,**
 - **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
- 6) **Pakiet 6**, w zależności od Wzrostu Ubezpieczonego:
 - a) dla Ubezpieczonych, którzy nie przekroczyli Wzrostu 75 lat:
 - **Zgon,**
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
 - **Trwała i całkowita niezdolność do pracy,**
 - **Poważne zachorowanie,**
 - **Pobyt w Szpitalu,**
 - **Trwałe i częściowe inwalidztwo wskutek Nieszczęśliwego wypadku,**
 - **jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:**
 - (1) **Czasowa niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność rolniczą albo gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym przed dniem zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, albo
 - (2) **Utrata pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, albo
 - (3) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
 - b) dla Ubezpieczonych, którzy przekroczyli Wzrost 75 lat:
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku (z wyższą Sumą ubezpieczenia, zgodnie z Art. 10 ust. 3 SWU),**
 - **Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego,**
 - **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.**
4. Ryzyka Utraty Pracy oraz Czasowej niezdolności do pracy obejmują tylko tego Ubezpieczonego, który nie przekroczył Wzrostu 67 lat.
5. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

art. 3

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Kredytobiorca, który ukończył 18 rok życia i którego Wzrost łącznie z okresem Ochrony ubezpieczeniowej nie przekroczy 99 lat.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) złożył Deklarację ubezpieczeniową;
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu, w ramach której udzielona kwota Kredytu nie przekracza kwoty 20.000,00 PLN, z zastrzeżeniem, iż (łącznie) suma udzielonych kredytów w Banku, przy zawarciu których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400.000,00 PLN.

art. 4

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się trzydziestego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej dla ryzyk: Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu (jeżeli nastąpił wskutek Choroby), Poważnego zachorowania.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych SWU oraz w okresie równym okresowi: od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej do ostatniego dnia na jaki została zawarta Umowa kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, o ile została opłacona Składka zgodnie z postanowieniami Art. 9 SWU.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy;
 - c) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - d) w dniu wypłaty Świadczenia w wysokości z tytułu Poważnego zachorowania;
 - e) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 99 lat;



- f) w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat;
 - g) z upływem terminu, o którym mowa w Art. 5 ust. 2 SWU;
 - h) w dniu wskazanym w Umowie kredytu jako data zakończenia jej obowiązywania, z zastrzeżeniem, że w przypadku wcześniejszej spłaty Kredytu przez Ubezpiezonego, Ubezpieczyciel udziela Ochrony ubezpieczeniowej do ostatniego dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat jako dzień spłaty ostatniej Raty Kredytu, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - i) w przypadku nie opłacenia w terminie Składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego, zgodnie z Umową ubezpieczenia; - w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze.
5. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu.

ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu, liczby Rat kredytu oraz Pakietu (zakresu ubezpieczenia).

3. Na wniosek Ubezpieczającego w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia, w tym także w przypadku Wcześniejszej spłaty Kredytu przez Ubezpiezonego oraz gdy Ubezpieczony wystąpił, za pośrednictwem Ubezpieczającego, o zwrot Składki, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu składkę za niewykorzystany okres Ochrony ubezpieczeniowej.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Trwałego i częściowego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Poważnego zachorowania** równa jest Saldu zadłużenia, a w przypadku Wcześniejszej spłaty Kredytu – saldu zadłużenia, które przypadłoby na Dzień zajścia Zdarzenia zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat; nie więcej niż 20.000,00 PLN.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego Artykułu, wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** równa jest Saldu zadłużenia, a w przypadku Wcześniejszej spłaty Kredytu – saldu zadłużenia, które przypadłoby na Dzień zajścia Zdarzenia zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat; jednak nie więcej niż 20.000,00 PLN.
3. Dla Ubezpiezonego, który spełnia w Dniu zajścia Zdarzenia poniższe warunki:
 - a) Wiek wynosi co najmniej 75 lat;
 - b) jest objęty jednym z **Pakietów: nr 2, 4 lub 6**, o których mowa odpowiednio w Art. 2 ust. 3 pkt 2), 4), 6);
 Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** wynosi 150% kwoty wymienionej w ust. 2 niniejszego Artykułu; jednak nie więcej niż 20.000,00 PLN.
4. Łączna Suma ubezpieczenia z tytułu **Utraty pracy, Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** wynosi 24.000,00 PLN na cały Okres ubezpieczenia.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu** wynosi 24.000,00 PLN na cały Okres ubezpieczenia.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego, Trwałego i częściowego inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Art. 10 ust. 1 SWU.
2. W przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe sumie ubezpieczenia wskazanej odpowiednio w Art. 10 ust. 2 SWU z zastrzeżeniem Art. 10 ust. 3 SWU.
3. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpiezonego czasowo niezdolnym do pracy, w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 SWU.
4. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 3 niniejszego Artykułu, Ubezpieczony nadal jest czasowo niezdolnym do pracy, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpiezonego czasowo niezdolnym do pracy.
5. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpiezonego, nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń (w wysokości określonej w ust. 4 niniejszego Artykułu) po każdym 30 kolejnych dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego, zgodnie z postanowieniami ust. 3 niniejszego Artykułu.
6. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpiezonego, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpiezonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 4 niniejszego Artykułu.
7. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń - Czasowych niezdolności do pracy w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000,00 PLN.
8. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpiezonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych, w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 SWU.
9. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 8 niniejszego

art. 10

art. 5

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia, składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego, pisemne oświadczenie o rezygnacji.
2. Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpiezonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

art. 8

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Deklarację ubezpieczeniową Ubezpieczony powinien złożyć w formie elektronicznej na udostępnionym przez Ubezpieczającego formularzu.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego (Formularz Zgłoszenia Roszczenia).
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpiezonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

art. 9

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. Składka za danego Ubezpiezonego opłacana jest jednorazowo za Okres



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

Szczegółne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie SYGMA/ CONSUMER/CPI_7_2.1/2015

Artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego wraz z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;

10. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń - przypadków Utraty pracy w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000,00 PLN.
11. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
12. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 11 niniejszego Artykułu, 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 Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
13. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń - Pobytów w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w całym okresie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000,00 PLN.
14. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 2 SWU.
15. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu, o którym mowa w ust. 14 niniejszego Artykułu, 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 Pobytu w Szpitalu.
16. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę Zdarzeń - Pobytów w Szpitalu w całym okresie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000,00 PLN.
17. W przypadku, gdy należne Świadczenie przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualną na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a) Ubezpieczony,
 - b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak 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.

być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego Artykułu.

6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 4 lub 5 niniejszego Artykułu Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia, powinien zawiadomić na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy Ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także powinien wypłacić bezsporną część Świadczenia.
7. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przekazem pocztowym lub przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż wyżej wymienione – Uprawnionemu.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego Artykułu:
 - a) w przypadku **Zgonu**:
 - 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 Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Zdarzenia);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;
 - b) w przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - 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 wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;
 - c) w przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**:
 - 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 komunikacyjnego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego);
 - dokument potwierdzający dopuszczenie pojazdu do ruchu drogowego, (nie ma zastosowania do wypadku gdy Ubezpieczony poruszał się jako pieszy i został uderzony przez pojazd wskazany w art. 1 pkt 21 będący w ruchu);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia;
 - d) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych SWU;
 - 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 potwier-

art. 12 SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Ubezpieczającego zajście Zdarzenia w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego Artykułu.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego 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. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
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 ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno



- dzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku));
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- e) w przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
- dokumentacja potwierdzająca trwałe uszkodzenie ciała Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, polegające na fizycznej utracie lub całkowitej i nieodwracalnej utracie funkcji następującego narządu lub części ciała:
 - o wzroku w obu oczach, lub
 - o co najmniej dwóch kończyn powyżej nadgarstków lub kostek;
 - dokument określający przyczynę inwalidztwa Ubezpieczonego (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);
- f) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań,
 - jeżeli do Zdarzenia doszło wskutek 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 wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia, np. (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- g) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
- zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
 - dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę),
 - 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));
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- h) w przypadku **Utraty pracy**:
- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę),
 - 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,
- i) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (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) – jeżeli Pobyt w Szpitalu nastąpił wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- j) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego),
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę),
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
11. 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, Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca Zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
 - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
 - dowód wypłaty przez pracodawcę wynagrodzenia za dany miesiąc niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS;
 - dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - 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;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego).
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego).

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

art. 13

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - a) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową,
 - b) 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,
 - c) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - d) 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,
 - e) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
2. W przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - a) 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,
 - b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - d) 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,
3. W przypadku **Trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - a) próby samobójstwa,



- b) 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,
 - c) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - d) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - e) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - f) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - g) umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - h) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa.
4. W przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku komunikacyjnego**, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) 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,
 - b) aktami wojny (w tym wojny domowej), uczestnictwem w zamieszkach, przestępstwach lub wykroczeniach, aktach terroryzmu lub sabotażu,
 - c) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków niezwiązanych z aktywnością zawodową),
 - d) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nieposiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba, że praktyki te były wykonywane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego w celu jego ratowania;
 - e) zdarzeniami powstałymi podczas prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez wymaganych uprawnień (prawo jazdy, dowód rejestracyjny z ważnym badaniem technicznym),
 - f) wypadku komunikacyjnego nie zgłoszonego na Policję.
5. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** oraz **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową;
 - b) 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,
 - c) próby samobójstwa,
 - d) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 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,
 - g) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
6. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego, 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, kontraktu menedżerskiego, umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba, że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn dotyczących 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 kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zwinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, stosunku służbowego z upływem okresu, na jakie były zawarte,
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej
7. W przypadku **Pobytu w Szpitalu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową;
 - b) 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,
 - c) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - d) próby samobójstwa,
 - e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - f) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 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,
8. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten związany był z:
- a) przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarzkiej 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,
 - b) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności,
 - c) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba, że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
9. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) 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,
 - b) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - c) 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,
 - d) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - e) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
10. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarzkiej 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.
11. W przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- a) następstw i konsekwencji Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia objęcia Ochroną ubezpieczeniową;
 - b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza



- rza i w sposób przez niego zlecony,
- d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
12. Prawo do otrzymania świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego **Nowotworu złośliwego (raka)** nie przysługuje w przypadku, jeśli:
- a) przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - b) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - c) rozpoznanie Nowotworu złośliwego (raka) było poprzedzone objawami chorobowymi, które wystąpiły po raz pierwszy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia.

art. 14 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

art. 15 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 2011 r. 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. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
9. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
10. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
11. 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.
12. 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.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zgodnie z treścią Art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie SYGMA/CONSUMER/CPI_7_2.1/2015 wchodzi w życie z dniem 01 kwietnia 2015 roku z późniejszymi zmianami.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

