OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

INDEKS BNPP/HIPOTEKACPI_3_1.0/2024

KREDYTU HIPOTECZNEGO
„PLAN NA SPOKÓJ"
– PAKIET OPTYMALNY

KONTAKT TELEFONICZNY:

+48 22 529 17 52
w dni robocze od **09:00** do **17:00**

ABY ZGŁOSIĆ NAM ZDARZENIE:

wypełnij zgłoszenie na stronie: **www.cardif.pl**

albo

wyślij wypełniony formularz na nasz adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Adres: ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
KRS: 0000048866. Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy. NIP: 525 20 30 109

Cardif – Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
Adres: ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
KRS: 0000026002. Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy. NIP: 526 25 57 344

WSTĘP

Wstęp zawiera najważniejsze informacje o ubezpieczeniu. Nie jest on treścią Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kredytobiorców Kredytu hipotecznego „Plan na Spokój" – Pakiet Optymalny o indeksie **BNPP/HIPOTEKACPI_3_1.0/2024** (dalej: OWU). Przeczytaj dokładnie dokumenty związane z ubezpieczeniem – zwłaszcza OWU. Zapytaj o wszystko, co jest dla Ciebie niejasne.

Przedstawiamy Ci ubezpieczenie, które zapewnia spłatę zadłużenia albo rat kredytu, jeśli wystąpi zdarzenie, na które udzielamy ochrony ubezpieczeniowej. Zabezpieczysz w ten sposób siebie i swoich bliskich przed trudnościami w spłacie kredytu. Proponujemy Ci poziom ochrony, który dostosowuje się do Twojej aktualnej sytuacji zawodowej.

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE

Szczegóły znajdziesz w OWU

Kogo ubezpieczamy?

Art. 3 strona 12

Ciebie oraz inne osoby (kredytobiorców), które zawierają lub które już posiadają w Banku BNP Paribas umowę o kredyt hipoteczny lub pożyczkę hipoteczną.

Co ubezpieczamy?

Art. 2 strona 12

Ubezpieczamy życie, zdrowie i ryzyko utraty pracy przez Ciebie oraz pozostałych kredytobiorców. W tym ubezpieczeniu ochrona dostosowuje się do aktualnego statusu zawodowego osoby ubezpieczonej, od którego zależy zakres ochrony oraz kwota, jaką wypłacimy, jeśli wystąpi zdarzenie, na które udzielamy ochrony ubezpieczeniowej.

ZDARZENIE	ZAKRES UBEZPIECZENIA	
	ubezpieczeni, którzy są osobami aktywnymi zawodowo	ubezpieczeni, którzy nie są osobami aktywnymi zawodowo
utrata pracy	✔	
pobyt w szpitalu	✔	✔
poważne zachorowanie	✔	✔
całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	✔	✔
czasowa niezdolność do pracy	✔	
śmierć	✔	✔

Jeśli trafisz do szpitala, ale nie jesteś osobą aktywną zawodowo (czyli np. przebywasz na emeryturze lub jesteś osobą bezrobotną), wówczas otrzymasz wyższe świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu. Informacje o zakresie ubezpieczenia znajdziesz w OWU oraz dokumencie potwierdzającym zawarcie ubezpieczenia – we Wnioskopolisie.

Kiedy wypłacimy pieniądze z ubezpieczenia?

Art. 10 strona 20

Zazwyczaj do 30 dni od otrzymania przez nas zgłoszenia o zdarzeniu.

Kiedy nie będziemy mogli wypłacić świadczenia?

Art. 11 strona 21

Zdarzają się sytuacje, w których nie możemy wypłacić świadczenia – między innymi wtedy, gdy zdarzenie będzie wiązało się z działaniami wojennymi, przestępstwem, samobójstwem (w ciągu roku od zawarcia umowy ubezpieczenia), skażeniem chemicznym. Wszystkie takie sytuacje (czyli wyłączenia) opisujemy w art. 11 OWU. To bardzo ważny fragment OWU – prosimy przeczytaj go uważnie.

Czy możesz zrezygnować z ubezpieczenia?

Oczywiście – w każdej chwili. W takim przypadku potrzebujemy Twojego oświadczenia w tej sprawie. Twoja ochrona zakończy się w dniu wskazanym w OWU.

Art. 5 strona 14

Jakie świadczenia możemy wypłacić?

Art. 9 strona 16

	OPIS UBEZPIECZENIA
W razie, gdy **trafisz do szpitala** na co najmniej 3 dni.	Wypłacimy maksymalnie **72 000 zł** w każdym roku polisowym, czyli do **6 świadczeń miesięcznych**, nie więcej niż 12 000 zł za każde. Wysokość świadczenia miesięcznego zależy od statusu zatrudnienia. Gdy jesteś osobą **aktywną zawodowo** świadczenie miesięczne będzie odpowiadać **100%** raty kredytu. Gdy jesteś osobą **nieaktywną zawodowo** świadczenie miesięczne będzie odpowiadać **300%** raty kredytu.
W razie, gdy **utracisz pracę** i otrzymasz status bezrobotnego.	Wypłacimy maksymalnie **72 000 zł** w każdym roku polisowym, czyli do **6 świadczeń miesięcznych**, nie więcej niż 12 000 zł za każde. Świadczenie miesięczne będzie odpowiadać **racie kredytu**.
W razie, gdy **poważnie zachorujesz**.	Wypłacimy maksymalnie 1 000 000 zł, w ramach trzech **świadczeń** w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, z każdej grupy chorób po jednym świadczeniu. W przypadku: • choroby z grupy 1: 50% sumy ubezpieczenia (maksymalnie 500 000 zł) • choroby z grupy 2: 50% sumy ubezpieczenia (maksymalnie 500 000 zł) • choroby z grupy 3: 20% sumy ubezpieczenia (maksymalnie 200 000 zł). Suma ubezpieczenia to **kwota kredytu** albo **saldo zadłużenia** zgodnie z OWU. Listę chorób, za które wypłacimy świadczenie i ich podział na grupy znajdziesz w art. 1 OWU.
W razie, gdy ulegniesz **całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji**.	Wypłacimy sumę ubezpieczenia, czyli **100% kwoty kredytu** albo **100% salda zadłużenia** zgodnie z OWU (maksymalnie 2 500 000 zł – gdy jesteś jedynym ubezpieczonym albo 4 000 000 zł – gdy w umowie ubezpieczenia jest więcej niż 1 ubezpieczony).
W razie, gdy **czasowo utracisz zdolność do wykonywania pracy**	Wypłacimy maksymalnie **72 000 zł** w każdym roku polisowym, czyli do **6 świadczeń miesięcznych**, nie więcej niż 12 000 zł za każde. Świadczenie miesięczne będzie odpowiadać **racie kredytu**.
W razie **Twojej śmierci**.	Wypłacimy sumę ubezpieczenia, czyli **100% kwoty kredytu** albo **100% salda zadłużenia** zgodnie z OWU (maksymalnie 2 500 000 zł – gdy jesteś jedynym ubezpieczonym albo 4 000 000 zł – gdy w umowie ubezpieczenia jest więcej niż 1 ubezpieczony).

Gdy w ramach umowy ubezpieczenia występuje więcej niż jedna osoba ubezpieczona, limity naszej odpowiedzialności określone w tabeli powyżej należy podzielić przez liczbę wszystkich ubezpieczonych, aby uzyskać kwotę przypadającą na jedną osobę. Więcej informacji o wypłacanych przez nas świadczeniach znajdziesz w art. 9 OWU.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców KREDYTU HIPOTECZNEGO „PLAN NA SPOKÓJ" – PAKIET OPTYMLANY o indeksie BNPP/HIPOTEKACPI_3_1.0/2024

Ten dokument to Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców Kredytu hipotecznego „Plan na Spokój" – Pakiet Optymalny o indeksie **BNPP/HIPOTEKACPI_3_1.0/2024** (dalej: OWU). Zachęcamy Cię do zapoznania się z ich treścią – z OWU dowiesz się m.in. co obejmuje Twoje ubezpieczenie, w jaki sposób uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku. Chcemy, aby OWU były dla Ciebie jak najbardziej zrozumiałe, dlatego napisaliśmy je w standardzie prostego języka.

W OWU zwracamy się do Ciebie – jako Ubezpieczającego – per Ty. W tym ubezpieczeniu jesteś także Ubezpieczonym, czyli osobą, którą obejmujemy ochroną. Ubezpieczonych może być jednak więcej. Wszystkie zapisy OWU dotyczą Cię jednocześnie jako Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Większość z nich dotyczy także pozostałych Ubezpieczonych – chyba, że zaznaczyliśmy, że jest inaczej.

Ważne, żebyś jako Ubezpieczający przeczytał dokładnie OWU, zanim zawrzesz umowę ubezpieczenia. Pozostali Ubezpieczeni również mają obowiązek zapoznać się z tym dokumentem, zanim obejmiemy ich ochroną ubezpieczeniową.

Pojęcia, które zapisujemy od wielkich liter, zdefiniowaliśmy w słowniku – w art. 1 OWU. Oznacza to, że pojęcia te mają takie znaczenie, jakie nadaliśmy im w tych definicjach – a nie na przykład w słowniku języka polskiego lub w potocznym rozumieniu. Przy treściach OWU, które są szczególnie istotne, dodaliśmy nagłówki „**Ważne!**". Te treści należą do OWU – są ich formalną częścią.

Dodaliśmy także treści w ramkach z nagłówkami: „**Przykłady**" oraz „**Dodatkowe informacje**". Te ramki nie są formalną częścią OWU – mają jedynie wyjaśnić dane zagadnienie.

Ważne!
W tych ramkach zwracamy Twoją uwagę na istotne fragmenty OWU.

Te treści należą do OWU – są ich formalną częścią.

Przykłady
W tych ramkach na przykładach, na liczbach lub datach wyjaśniamy, jak należy rozumieć dany fragment OWU.

Te przykłady nie są formalną częścią OWU.

Dodatkowe informacje
W tych ramkach dodajemy informacje, które uznaliśmy za pomocne.

Nie są one formalną częścią OWU.

W OWU zostawiamy w rodzaju męskim: formy ustawowe, funkcje, zawody, stanowiska, role oraz stany (np. Ubezpieczający, Ubezpieczony). Zdecydowaliśmy się na taką praktykę jedynie dlatego, by nie stosować podwójnych form czasowników, zaimków i przymiotników z ukośnikami. Z przyczyn formalnych nie możemy jeszcze niestety przygotować dwóch wersji OWU – dla kobiet i mężczyzn. Formy męskie są oczywiście równoważne feminatywom, czyli formom żeńskim.

Poniższa tabela zawiera odesłanie do informacji w OWU. Tabelę prezentujemy 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: część A pkt 12), 14), 22) oraz część B art. 4 w związku z art. 1: część A pkt 3), 4), 5), 8), 10), 11), 12), 13), 16), 20), 21), 22), 23), 24), 25), 29) oraz część B art. 9 w związku z art. 1: część A pkt 7), 10), 11), 12), 16), 19), 20), 22), 25), 29) oraz część B
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	art. 6 w związku z art. 1: część A pkt 7), 15), 20), 21), 22), 29) art. 11 w związku z art. 1: część A pkt 7), 12), 20), 22), 25) oraz część B

ART 1.

CO OZNACZAJĄ POJĘCIA ZAPISANE OD WIELKICH LITER?

Poniżej wyjaśniamy znaczenia pojęć, które zapisujemy od wielkich liter w OWU i pozostałych dokumentach do Umowy ubezpieczenia.

Dodatkowe informacje

Pojęcia w tym artykule podzieliliśmy na części, tak aby ułatwić znalezienie szukanych informacji:

- **CZĘŚĆ A** – **POJĘCIA OGÓLNE** – tu zawarliśmy pojęcia, które nie są bezpośrednio związane z konkretnymi Zdarzeniami, ale np. z Umową ubezpieczenia, kredytem
- **CZĘŚĆ B** – **POJĘCIA DOTYCZĄCE ZDARZEŃ** – tu zebraliśmy pojęcia związane z poszczególnymi Zdarzeniami:
  1. pojęcia dotyczące Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji,
  2. pojęcia dotyczące Pobytu w Szpitalu,
  3. pojęcia dotyczące Poważnego zachorowania,
  4. pojęcia dotyczące śmierci,
  5. pojęcia dotyczące Utraty pracy,
  6. pojęcia dotyczące Czasowej niezdolności do pracy.

CZĘŚĆ A. POJĘCIA OGÓLNE

1) **Agent (Bank)** – BNP Paribas Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Kasprzaka 2 (kod pocztowy: 01–211). Bank, jako przedstawiciel Ubezpieczyciela pośredniczy w zawarciu Umowy ubezpieczenia pomiędzy nami a Tobą
2) **Aneks** – dokument, który wprowadza zmiany do Umowy ubezpieczenia, jeśli:
   a) nowy Kredytobiorca przystępuje do Umowy ubezpieczenia po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia (w związku z przystąpieniem do długu z tytułu Umowy kredytu),
   b) zwiększa się Suma ubezpieczenia w wyniku podwyższenia Kwoty kredytu,
   c) zwiększa się Suma ubezpieczenia przypadająca na danego Ubezpieczonego, który przejmuje dług z tytułu Umowy kredytu, o ile wymaga to zawarcia Aneksu
3) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, która prowadzi do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub w całym organizmie i która wystąpiła w okresie naszej odpowiedzialności
4) **Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia** – dzień, w którym aktualizujemy Sumę ubezpieczenia. Jest to pierwszy dzień Okresu ubezpieczenia następującego po każdych kolejnych dwunastu Okresach ubezpieczenia, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej. Od tego dnia obowiązuje zmieniona Suma ubezpieczenia
5) **Dzień płatności Raty kredytu** – dzień, w którym przypada termin spłaty Raty kredytu. Dzień ten znajdziesz w Harmonogramie
6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień, w którym zaczyna obowiązywać nasza Ochrona ubezpieczeniowa. Dniem rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej jest:
   a) Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż dzień uruchomienia Kredytu (czyli dzień wypłaty Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu) – jeśli Umowa ubezpieczenia została zawarta wraz z Umową kredytu,
   b) Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia - jeśli Umowa ubezpieczenia została zawarta po dniu zawarcia Umowy kredytu,
   c) dzień podpisania Aneksu – dotyczy Kredytobiorcy, który przystępuje do zawartej już Umowy ubezpieczenia (w związku z przystąpieniem do długu z tytułu Umowy kredytu)
7) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień, w którym my (jako Ubezpieczyciel), Ty (jako Ubezpieczający) oraz Ubezpieczony/ Ubezpieczeni składamy oświadczenie w formie Wnioskopolisy, że chcemy odpowiednio zawrzeć Umowę ubezpieczenia lub przystąpić do ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w dniu, w którym:
   a) Agent w naszym imieniu potwierdzi zgodność danych zawartych we Wnioskopolisie poprzez jej podpisanie – w przypadku, gdy oświadczenie woli zawarcia Umowy ubezpieczenia składasz bezpośrednio u Agenta w formie pisemnej lub
   b) zatwierdzisz drogą elektroniczną Wnioskopolisę – w przypadku, gdy Umowę ubezpieczenia zawieramy za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, z wyłączeniem rozmowy telefonicznej lub
   c) zaakceptujesz oświadczenia zawarte we Wnioskopolisie, które Agent Ci odczyta – w przypadku, gdy oświadczenie woli zawarcia Umowy ubezpieczenia składasz w formie ustnej podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej
8) **Harmonogram** – dokument, w którym znajduje się: wysokość miesięcznych Rat kredytu, wysokość składki z tytułu Umowy ubezpieczenia, dni ich płatności, który wystawia Bank do Umowy kredytu
9) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła lub wnioskuje o zawarcie z Bankiem Umowy kredytu lub przystąpiła do długu wynikającego z Umowy kredytu. W przypadku udzielenia kredytu łącznie kilku osobom postanowienia dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio w stosunku do pozostałych Kredytobiorców. W ramach jednej Umowy ubezpieczenia udzielamy Ochrony ubezpieczeniowej maksymalnie 4 Kredytobiorcom
10) **Kwota kredytu** – całkowita kwota kredytu z dnia, w którym zawierasz Umowę ubezpieczenia, z uwzględnieniem kredytowanych kosztów kredytu (o ile występują), określona w Umowie kredytu oraz z uwzględnieniem zmian wprowadzonych do tej Umowy kredytu
11) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie poniższe warunki:
   a) powstało w czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej,
   b) zostało spowodowane wyłącznie czynnikiem zewnętrznym,
   c) było nagłe,
   d) nie zależało od woli lub stanu zdrowia Ubezpieczonego

12) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona, której udzielamy Ubezpieczonemu. Polega na tym, że wypłacimy Świadczenie w okolicznościach i zgodnie z OWU
13) **Okres ubezpieczenia** – miesięczny okres trwania naszej Ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego, przy czym:
    a) pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do najbliższego Dnia płatności Raty kredytu – jeśli Umowa ubezpieczenia została zawarta wraz z Umową kredytu. Każdy kolejny Okres ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia po Dniu płatności Raty kredytu i trwa do kolejnego Dnia płatności Raty kredytu,
    b) pierwszy Okres ubezpieczenia rozpoczyna się od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do Dnia płatności Raty kredytu, w którym została pobrana składka, nie dłużej niż 60 dni - jeśli Umowa ubezpieczenia została zawarta po dniu zawarcia Umowy kredytu. Każdy kolejny Okres ubezpieczenia rozpoczyna się następnego dnia po Dniu płatności Raty kredytu, w którym została pobrana składka i trwa do kolejnego Dnia płatności Raty kredytu.

    Okresy ubezpieczenia mogą być przedłużane do dnia, w którym nasza Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie zgodnie z OWU. Więcej informacji o Okresach ubezpieczenia znajdziesz w art. 4 OWU
14) **Osoba aktywna zawodowo** – osoba, która spełnia wszystkie poniższe warunki:
    a) uzyskuje dochody z tytułu: umowy o pracę lub stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego lub prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej,
    b) podlega przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych,
    c) nie nabyła uprawnień do świadczeń emerytalnych lub wcześniejszych uprawnień emerytalnych lub świadczeń rentowych lub zasiłku dla bezrobotnych,
    d) nie pozostaje w okresie wypowiedzenia: stosunku pracy lub stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego lub w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą – w okresie 12 poprzedzających miesięcy nieprzerwanie, aktywnie prowadzi jednoosobową działalność gospodarczą, a w tym czasie nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej.

    Osobę, która łącznie spełnia wymienione powyżej warunki, uznajemy za Osobę aktywą zawodowo także w okresie, kiedy:
    e) jest czasowo niezdolna do pracy albo
    f) przebywa na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, ojcowskim, wypoczynkowym, okolicznościowym lub ma inną nieobecność w pracy – pod warunkiem, że spełnia kryteria uprawniające tę osobę do otrzymania zasiłku chorobowego
15) **Podwyższenie Sumy ubezpieczenia** – zwiększenie Sumy ubezpieczenia, które wynika ze zwiększenia Kwoty kredytu po Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia lub zwiększenie Sumy ubezpieczenia przypadającej na danego Ubezpieczonego, który przejmuje dług z tytułu Umowy kredytu, potwierdzone Aneksem, o ile wymaga to zawarcia Aneksu
16) **Rata kredytu**– kwota, którą Kredytobiorca ma obowiązek zapłacić Bankowi za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, obejmująca kapitał, odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału oraz składkę z tytułu Umowy ubezpieczenia – zgodnie z Harmonogramem
17) **Rok polisowy** – każde 12 kolejnych Okresów ubezpieczenia, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej
18) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu, obejmujące kapitał kredytu pozostały do spłaty na dany dzień
19) **Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota, jaką możemy wypłacić w ramach naszej odpowiedzialności. Kwotę tę, dla poszczególnych Zdarzeń, znajdziesz w art. 9 OWU. Suma ubezpieczenia dotyczy danej Umowy ubezpieczenia (niezależnie od tego, ile osób objęliśmy Ochroną ubezpieczeniową) - to oznacza, że w przypadku objęcia Ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednego Ubezpieczonego, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do ich liczby, zgodnie z poniższym przykładem

Przykład

Pan Marek wspólnie z Panią Asią zawierają Umowę kredytu na 400 000 zł i Umowę ubezpieczenia, w której oboje są Ubezpieczonymi. Na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia Suma ubezpieczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji przypadająca na Pana Marka wynosi 200 000 zł (czyli 400 000 zł podzielone na 2 osoby - inaczej 50% z 400 000 zł), Suma ubezpieczenia Pani Asi to również 200 000 zł.

Pani Monika wspólnie z Panem Tomaszem oraz Panem Pawłem zawierają Umowę kredytu na 400 000 zł i Umowę ubezpieczenia, w której wszyscy są Ubezpieczonymi. Na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia Suma ubezpieczenia z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji każdej z osób wynosi 133 360 zł (czyli 400 000 zł podzielone na 3 osoby - inaczej 33,34% z 400 000 zł).

Pani Ania wspólnie z Panią Joanną, Panem Andrzejem oraz Panem Krzysztofem zawierają Umowę kredytu na 400 000 zł i Umowę ubezpieczenia, w której wszyscy są Ubezpieczonymi. Na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia Suma ubezpieczenia każdej z tych osób z tytułu Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji wynosi 100 000 zł (czyli 400 000 zł podzielone na 4 osoby - inaczej 25% z 400 000 zł).

20) **Świadczenie** – kwota, którą wypłacamy, kiedy wystąpi Zdarzenie
21) **Ubezpieczający (Ty)** – Kredytobiorca, który zawarł z nami Umowę ubezpieczenia
22) **Ubezpieczony** – Ty lub inny Kredytobiorca, którego obejmujemy Ochroną ubezpieczeniową. Ubezpieczony jest wskazany we Wnioskopolisie

Ważne!
Abyśmy mogli objąć daną osobę Ochroną ubezpieczeniową, ta osoba musi wcześniej wyrazić na to zgodę, czyli podpisać Wnioskopolisę i być Kredytobiorcą.

23) **Ubezpieczyciel (my)** – zakład ubezpieczeń, który odpowiada za poszczególne Zdarzenia w ramach Umowy ubezpieczenia:
   a) w przypadku śmierci jest to: Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78 (kod pocztowy: 00-844),
   b) w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, Czasowej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Pobytu w Szpitalu lub Utraty pracy jest to: Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Odział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78 (kod pocztowy: 00-844)
24) **Umowa kredytu** – umowa kredytu hipotecznego w PLN, pożyczki hipotecznej w PLN lub innych produktów hipotecznych będących w obsłudze Banku w PLN, którą zawierasz z Bankiem
25) **Umowa ubezpieczenia** – umowa, którą zawierasz z nami i na podstawie której udzielamy Ochrony ubezpieczeniowej Tobie i pozostałym Ubezpieczonym
26) **Uposażony** – osoba, która ma prawo otrzymać Świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczony wskazuje Uposażonego we Wnioskopolisie
27) **Uprawniony** – osoba, która ma prawo otrzymać Świadczenie, jeśli Ubezpieczony doświadczy Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, Czasowej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Pobytu w Szpitalu lub Utraty pracy. Ubezpieczony wskazuje Uprawnionego we Wnioskopolisie
28) **Wnioskopolisa** – dokument, który potwierdza, że zawarliśmy z Tobą jako Ubezpieczającym Umowę ubezpieczenia, a w przypadku więcej niż jednego Kredytobiorcy – także, że objęliśmy Ochroną ubezpieczeniową pozostałych Ubezpieczonych, złożony w formie:
   a) dokumentowej – jeśli Umowa ubezpieczenia została zawarta za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, w tym podczas nagrywanej rozmowy telefonicznej albo
   b) pisemnej – podczas wizyty w oddziale Agenta
29) **Zdarzenie** – Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji lub Czasowa niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu lub Poważne zachorowanie lub śmierć lub Utrata pracy – które wystąpiły w okresie Ochrony ubezpieczeniowej i z powodu których wypłacimy Świadczenie na podstawie OWU

CZĘŚĆ B. POJĘCIA DOTYCZĄCE ZDARZEŃ

1. POJĘCIA DOTYCZĄCE CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY LUB SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

1) **Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji** – stan, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
   a) jest następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
   b) uniemożliwia Ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej,
   c) jest potwierdzony **Orzeczeniem**
2) **Dzień zajścia Zdarzenia** – w przypadku Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji to dzień wpisany w Orzeczeniu albo (jeśli Orzeczenie nie zawiera takiej daty) dzień wydania Orzeczenia
3) **Lekarz zaufania** – wskazana przez nas osoba uprawniona do wykonywania zawodu lekarza lub wskazana przez nas placówka, która świadczy usługi zdrowotne
4) **Orzeczenie** – jeden z następujących dokumentów: opinia Lekarza zaufania, prawomocne orzeczenie lekarskie lub wyrok sądu – dokument, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
   a) został wydany zgodnie z polskim prawem o emeryturach i rentach,
   b) został wydany przez lekarza orzecznika ZUS-u, lekarza rzeczoznawcę KRUS-u, komisję lekarską, Lekarza zaufania lub sąd,
   c) dotyczy stanu zdrowia Ubezpieczonego,
   d) orzeka o:
      – **całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy przez co najmniej rok** (sumujemy orzeczenia na krótsze okresy, jeśli pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie było przerwy) – dotyczy Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według polskiego prawa,
      – **niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki nad nim innej osoby przez co najmniej rok** (sumujemy orzeczenia na krótsze okresy, jeśli pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie było przerwy) – dotyczy Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według polskiego prawa

2. POJĘCIA DOTYCZĄCE POBYTU W SZPITALU

1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – w przypadku Pobytu w Szpitalu to udokumentowany dzień przyjęcia Ubezpieczonego do Szpitala;
2) **Pobyt w Szpitalu** – pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
   a) ma na celu leczenie Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
   b) służy zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego,
   c) jest potwierdzony dokumentacją medyczną,
   d) trwa przynajmniej 3 dni. Długość Pobytu w Szpitalu obliczamy jako różnicę pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala

Przykład

Z karty informacyjnej leczenia szpitalnego wynika, że Pan Karol przebywał w Szpitalu od 30. lipca do 3. sierpnia. Oznacza to, że różnica między datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala wynosi 4 dni. Świadczenie za Pobyt w Szpitalu wyliczamy zgodnie z art. 9 OWU.

3) **Szpital** – publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
   a) działa zgodnie z obowiązującym prawem, na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii albo państw Europejskiego Obszaru Gospodarczego,
   b) służy całodobowej opiece medycznej nad chorymi i ich leczeniu,
   c) dysponuje zapleczem diagnostycznym i leczniczym,
   d) zapewnia 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym,
   e) prowadzi i gromadzi dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną

Ważne!

Szpitalami nie są: domy opieki, hospicja, ośrodki zajmujące się leczeniem alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodki sanatoryjne, szpitale sanatoryjne, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki wypoczynkowe – nawet jeśli są organizacyjną częścią Szpitala.

3. POJĘCIA DOTYCZĄCE POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – w przypadku jednego z poniższych Poważnych zachorowań, czyli:
   - Anemia aplastyczna, Choroba Alzheimera, Choroba Parkinsona, Choroba reumatyczna serca, Łagodny guz mózgu, Niewydolność nerek, Nowotwór złośliwy, Schyłkowa niewydolność wątroby, Stwardnienie rozsiane, Śpiączka, Udar mózgu, Utrata kończyny, Utrata mowy, Utrata słuchu, Utrata wzroku, Zawał serca – to dzień, w którym lekarz wydał diagnozę,
   - Angioplastyka wieńcowa, Operacja aorty, Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (tzw. by pass) – to dzień, w którym został przeprowadzony zabieg,
   - Przeszczepienie narządu – to dzień, w którym Ubezpieczony został zakwalifikowany do przeszczepienia narządu i wpisany na listę biorców
2) **Poważne zachorowanie** – wyłącznie zdarzenia lub Choroby opisane poniżej:

GRUPA 1:	
Nowotwór złośliwy	inaczej: rak lub guz złośliwy, którego komórki wzrastają w sposób niekontrolowany i powodują naciekanie oraz niszczenie prawidłowych tkanek. Diagnozę musi potwierdzić badanie histopatologiczne. Nowotworem złośliwym jest także białaczka, chłoniak złośliwy, ziarnica złośliwa (inaczej: choroba Hodgkina), złośliwy nowotwór szpiku kostnego oraz nowotwór skóry, który powoduje powstawanie przerzutów. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają: × zmiany przedrakowe, dysplazje nabłonkowe ani rak nieinwazyjny (łac. carcinoma in situ), × wczesny rak gruczołu krokowego – T1 według klasyfikacji TNM, w tym T1a i T1b lub odpowiadający mu stopnień zaawansowania według 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 skóry, podstawnokomórkowy rak skóry ani kolczystokomórkowy rak skóry, × nowotwory współistniejące z HIV, × wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy – T1 wg klasyfikacji TNM, w tym T1a i T1b lub odpowiadające im stopnie zaawansowania wg innej klasyfikacji, × ziarnica złośliwa (inaczej: choroba Hodgkina) w pierwszym stadium, × przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania niższym niż 3 według klasyfikacji Rai
GRUPA 2:	
Niewydolność nerek	schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek, gdy konieczna jest dializoterapia lub wykonanie przeszczepu nerki
Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (wszczepienie by-passów)	operacja kardiochirurgiczna, która ma zlikwidować zwężenie lub niedrożność jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełnia: × angioplastyka ani inne zabiegi na tętnicach wieńcowych, które wykonuje się od strony światła tętnicy wieńcowej z wykorzystaniem techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowej

Przeszczepienie narządu	operacja przeszczepienia narządu Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie go na listę oczekujących na przeszczepienie. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje przeszczepienie następujących narządów: – serce, – płuco, – wątroba, – nerka, – trzustka lub – szpik kostny
Udar mózgu	nagłe i trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej z powodu wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem, który pochodzi z układu krwionośnego. Skutkami udaru mózgu są deficyty neurologiczne, które trwają co najmniej 24 godziny i są potwierdzone badaniem lekarskim. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia tkanki mózgowej w następstwie udaru mózgu potwierdza badanie neurologa i wynik tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonane co najmniej 8 tygodni po wystąpieniu pierwszych objawów udaru. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają: × epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA), × udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji ośrodkowego układu nerwowego, × udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i (lub) krążenia, × zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem
Zawał serca	martwica części mięśnia sercowego, która powstała z powodu ostrego niedokrwienia obszaru mięśnia sercowego. Zawał serca diagnozuje uprawniony lekarz na podstawie bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB)
GRUPA 3:	
Anemia aplastyczna	przewlekła nieodwracalna niewydolność szpiku, która powoduje wystąpienie (łącznie) niedokrwistości, trombocytopenii i granulocytopenii oraz która wymaga regularnego leczenia przynajmniej jednym z następujących sposobów: – przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych, – leczenie lekami immunosupresyjnymi, – leczenie czynnikami stymulującymi szpik, – przeszczepienie szpiku kostnego. Anemię aplastyczną potwierdza hematolog
Angioplastyka wieńcowa	leczenie po raz pierwszy zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przy użyciu: angioplastyki balonowej, przezskórnej angioplastyki wieńcowej lub innych podobnych metod. Przeprowadzenie takiej angioplastyki musi spełniać wszystkie poniższe warunki: – angioplastyka jest uzasadniona medycznie na podstawie zalecenia kardiologa, – istnieje angiograficzne potwierdzenie istotnego zwężenia tętnicy wieńcowej
Choroba Alzheimera	przewlekła i postępująca Choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, która objawia się zaburzeniami pamięci, zaburzeniami zachowania, częstymi zmianami nastroju, zaburzeniami orientacji w czasie i przestrzeni. Chorobę Alzheimera musi rozpoznać neurolog, geriatra lub psychiatra na podstawie: – udokumentowanych danych klinicznych oraz – wyniku testu MMSE (Mini-Mental State Examination) lub równoważnego wyniku innego standaryzowanego testu, który służy do rozpoznania tej Choroby. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają: × inne choroby ani zaburzenia psychiczne, w tym choroby, które są następstwem nadużywania alkoholu lub używania substancji odurzających lub narkotyków
Choroba Parkinsona	przewlekła i postępująca Choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, która powoduje trwałe i nieodwracalne ubytki neurologiczne wynikające z zaniku komórek nerwowych odpowiedzialnych za funkcje ruchowe. Choroba Parkinsona musi być rozpoznana przez neurologa, psychiatrę lub geriatrę i powodować wystąpienie co najmniej dwóch z trzech poniższych objawów neurologicznych: – drżenie spoczynkowe, – spowolnienie ruchowe, – zwiększone napięcie mięśni. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają: × zespoły parkinsonowskie wywołane przez leki lub substancje toksyczne, narkotyki, nadużywanie alkoholu ani × parkinsonizm pozapalny i pourazowy

Choroba reumatyczna serca	Choroba będąca powikłaniem gorączki reumatycznej wywołanej infekcją paciorkowcową, w której dochodzi do uszkodzenia zastawek serca i rozwoju nabytych wad zastawkowych serca. Ochronie podlegają wyłącznie takie przypadki Choroby reumatycznej serca, w przebiegu których Ubezpieczony został zakwalifikowany do leczenia operacyjnego polegającego na wymianie lub naprawie chorobowo zmienionej co najmniej jednej zastawki serca. Rozpoznanie Choroby reumatycznej serca i kwalifikacja do leczenia operacyjnego, o którym mowa powyżej muszą wystąpić w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela i być potwierdzone przez kardiologa lub kardiochirurga
Łagodny guz mózgu	każdy rodzaj nowotworu mózgu, który spełnia wszystkie poniższe warunki: – nie jest złośliwy, – potwierdził go neurolog, neurochirurg lub onkolog, – wymaga usunięcia lub (jeśli operacja nie jest możliwa) powoduje trwały ubytek neurologiczny. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają: × krwiaki, ziarniaki, cysty, torbiele, guzy zapalne, guzy szyszynki lub przysadki mózgowej oraz malformacje naczyń mózgowych
Operacja aorty	zabieg chirurgiczny przeprowadzony z powodu zagrażającej życiu choroby naczyniowej, w tym z powodu wystąpienia tętniaków i rozwarstwienia aorty. Aortę definiujemy jako jej odcinek piersiowy i brzuszny – bez jej odgałęzień. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają: × zabiegi, które polegają na wprowadzeniu stentu do aorty lub które dotyczą wad wrodzonych
Schyłkowa niewydolność wątroby	schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby, w tym schyłkowa niewydolność wątroby spowodowana wirusowym zapaleniem wątroby – niewydolność, która powoduje co najmniej jeden z poniższych objawów: × wodobrzusze niepoddające się leczeniu, × trwała żółtaczka, × żylaki przełyku, × encefalopatia wrotna. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają: × choroby wątroby, które powstały w wyniku nadużywania alkoholu, leków i środków bez zalecenia lekarza
Stwardnienie rozsiane	zespół mnogich ubytków neurologicznych, który spełnia wszystkie poniższe warunki: – został wywołany demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, – został rozpoznany ostatecznie przez neurologa, – był poprzedzony więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia
Śpiączka	stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, który spełnia wszystkie poniższe warunki: – trwa w sposób ciągły, – wymaga stosowania systemów podtrzymywania życia przez co najmniej 96 godzin, – powoduje trwały ubytek neurologiczny potwierdzony przez specjalistę w zakresie neurologii. Zwracamy uwagę, że definicji tej nie spełniają przypadki: × które wynikają z użycia alkoholu, narkotyków lub innych substancji psychoaktywnych oraz leków zażytych niezgodnie z zaleceniami lekarza, × śpiączki farmakologicznej – czyli stanu kontrolowanego głębokiego znieczulenia, w który wprowadza się pacjenta celowo, aby prowadzić wentylację mechaniczną oraz ograniczać jego ból
Utrata kończyny	amputacja lub całkowita i nieodwracalna utrata funkcji co najmniej jednej kończyny. W przypadku amputacji ubezpieczenie obejmuje: – w zakresie kończyn dolnych – amputację na poziomie stawu skokowego lub powyżej, – w zakresie kończyn górnych – amputację na wysokości nadgarstka lub powyżej
Utrata mowy	całkowita i nieodwracalna utrata możliwości mówienia, która trwa nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy i którą potwierdził specjalista w zakresie laryngologii na podstawie wystąpienia zmian fałdów głosowych. Zwracamy uwagę, że tej definicji nie spełnia utrata mowy spowodowana: × schorzeniami psychicznymi, × udarem mózgu, zawałem lub krwotokiem mózgowym
Utrata słuchu	całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach. Rozpoznanie musi nastąpić na podstawie badań audiometrycznych i być potwierdzone przez laryngologa
Utrata wzroku	całkowita i nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez okulistę z ośrodka, który prowadzi leczenie

4. POJĘCIA DOTYCZĄCE ŚMIERCI

1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – w przypadku śmierci to data śmierci wpisana w akcie zgonu

5. POJĘCIA DOTYCZĄCE UTRATY PRACY

1) **Dzień zajścia Zdarzenia** – w przypadku Utraty pracy to, w zależności od źródła uzyskiwania dochodu, dzień rozwiązania umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego albo dzień wyrejestrowania jednoosobowej działalności gospodarczej
2) **Rolnik poszukujący pracy** – osoba, która spełnia wszystkie poniższe warunki:
   a) ma status poszukującego pracy w rozumieniu ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (tj. Dz.U. z 2023 r. poz. 735 z późn. zm.)
   b) bezpośrednio przed otrzymaniem statusu poszukującego pracy była zatrudniona przez co najmniej 365 dni w ciągu ostatnich 18 miesięcy, za to zatrudnienie otrzymywała wynagrodzenie i opłacała składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy oraz
   c) jest właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe
3) **Status bezrobotnego** – status, który Ubezpieczony uzyskał na co najmniej 30 dni, ponieważ zarejestrował się jako bezrobotny zgodnie z przepisami prawa polskiego, i kiedy:
   a) ma prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych przez co najmniej 30 dni
   albo
   b) nie ma prawa do pobierania zasiłku dla bezrobotnych, ale spełnia wszystkie poniższe warunki:
      i. **w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego** albo **stosunku służbowego**:
         – w ciągu 18 miesięcy bezpośrednio przed rejestracją Ubezpieczony był zatrudniony przez co najmniej 365 dni oraz
         – z tytułu tego zatrudnienia otrzymywał wynagrodzenie poniżej minimalnego wynagrodzenia za pracę, od jakiego istnieje obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy,
      ii. **w przypadku osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą**:
         – w ciągu 18 miesięcy bezpośrednio przed rejestracją Ubezpieczony prowadził aktywnie jednoosobową działalność gospodarczą przez okres co najmniej 365 dni oraz
         – w tym okresie miał prawo opłacać i opłacał preferencyjne składki na ubezpieczenia społeczne z tytułu prowadzonej jednoosobowej działalności gospodarczej, których podstawa wymiaru była niższa od kwoty minimalnego wynagrodzenia za pracę, od jakiej istnieje obowiązek opłacania składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy
4) **Utrata pracy** – jeden z poniższych przypadków:
   a) **w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego albo stosunku służbowego** – rozwiązanie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego albo stosunku służbowego:
      i. przez pracodawcę, z zachowaniem okresu wypowiedzenia w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego albo
      ii. za porozumieniem stron,
      które skutkuje uzyskaniem przez Ubezpieczonego **Statusu bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy**,
   b) **w przypadku osób fizycznych prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą** – wyrejestrowanie działalności gospodarczej, w sytuacji gdy:
      i. przez okres co najmniej 12 miesięcy przed Dniem zajścia Zdarzenia Ubezpieczony aktywnie prowadził działalność gospodarczą oraz
      ii. w okresie ostatnich 2 miesięcy bezpośrednio przed Zdarzeniem działalność gospodarcza przynosiła straty oraz
      iii. w wyniku wyrejestrowania działalności gospodarczej Ubezpieczony uzyskał Status bezrobotnego

6. POJĘCIA DOTYCZĄCE CZASOWEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY

1) **Czasowa niezdolność do pracy** – stan, który spełnia wszystkie poniższe warunki:
   a) jest następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku,
   b) uniemożliwia Ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy zarobkowej nieprzerwanie **przez co najmniej 30 dni** z tej samej przyczyny,
   c) jest potwierdzony zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy,
   d) uprawnia Ubezpieczonego do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie braku możliwości wykonywania pracy
2) **Dzień zajścia Zdarzenia** – w przypadku Czasowej niezdolności do pracy to pierwszy dzień niezdolności do pracy wpisany w zaświadczeniu lekarskim

ART 2.

CO OBEJMUJE UBEZPIECZENIE?

1. Ubezpieczamy życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego. Jest to przedmiot ubezpieczenia.
2. **Zakres Ochrony ubezpieczeniowej** zależy od tego, czy Ubezpieczony jest Osobą aktywną zawodowo w Dniu zajścia Zdarzenia. Różnice znajdują się w tabeli poniżej.
   (✔ oznacza, że dane Zdarzenie obejmujemy Ochroną ubezpieczeniową)

ZDARZENIE	ZAKRES UBEZPIECZENIA	
	Ubezpieczeni, którzy są Osobami aktywnymi zawodowo	Ubezpieczeni, którzy nie są Osobami aktywnymi zawodowo
Utrata pracy	✔	
Pobyt w Szpitalu	✔	✔
Poważne zachorowanie	✔	✔
Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	✔	✔
Czasowa niezdolność do pracy	✔	
Śmierć	✔	✔

3. Jeśli wystąpi Pobyt w Szpitalu, a Ubezpieczony nie jest Osobą aktywną zawodowo, to otrzyma on wyższe Świadczenie – wskazujemy je w art. 9 OWU.
4. Obszar, gdzie obowiązuje ubezpieczenie w zależności od miejsca, w którym wystąpiło Zdarzenie, przedstawiamy w poniższej tabeli.

ZDARZENIE	OBSZAR, NA KTÓRYM OBOWIĄZUJE OCHRONA UBEZPIECZENIOWA
Utrata pracy	na całym świecie, jeśli w wyniku Zdarzenia Ubezpieczony uzyska Status bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy zgodnie z polskim prawem
Pobyt w Szpitalu	na terenie: • Unii Europejskiej • Wielkiej Brytanii • Szwajcarii • państw, które należą do Europejskiego Obszaru Gospodarczego
Poważne zachorowanie	na całym świecie
Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	na całym świecie, jeśli w wyniku Zdarzenia Ubezpieczony otrzyma Orzeczenie zgodnie z polskim prawem
Czasowa niezdolność do pracy	na całym świecie, jeśli w wyniku Zdarzenia Ubezpieczony uzyska uprawnienie do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego zgodnie z polskim prawem
Śmierć	na całym świecie

ART 3.

KIEDY I W JAKI SPOSÓB MOŻEMY ZAWRZEĆ Z TOBĄ UMOWĘ UBEZPIECZENIA?

1. Będziemy mogli zawrzeć z Tobą Umowę ubezpieczenia, jeśli spełnione będą wszystkie poniższe warunki:
   1) zawierasz Umowę kredytu lub posiadasz już zawartą Umowę kredytu,
   2) złożysz oświadczenia uwzględnione w treści Wnioskopolisy,
   3) do ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia, w którym przypada data spłaty kredytu wskazana w Harmonogramie nie ukończysz 75 lat,
   4) zobowiążesz się do opłacenia składki zgodnie z Umową ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Umowa ubezpieczenia może być zawarta jeśli wszyscy Kredytobiorcy spełniają warunki z ust. 1 pkt 1) – 3), przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy ubezpieczenia możemy objąć do 4 Kredytobiorców.
3. Warunki z ust. 1 pkt 1) i 3) powinien spełniać każdy nowy Kredytobiorca, który przystępuje do Umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania w drodze Aneksu (w związku z przystąpieniem do długu z tytułu Umowy kredytu).
4. Umowę ubezpieczenia zawieramy na podstawie Wnioskopolisy po przeprowadzeniu oceny medycznej, w oparciu o oświadczenie o stanie zdrowia, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeśli do objęcia Ochroną ubezpieczeniową będziemy wymagać przeprowadzenia dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, poprosimy Kredytobiorcę, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, o wypełnienie dodatkowych, wskazanych przez nas dokumentów (na przykład kwestionariusza medycznego, kwestionariusza finansowe-

go), poddanie się badaniom lekarskim lub diagnostycznym (z wyłączeniem badań genetycznych) lub przedłożenie dokumentacji medycznej. Badania przeprowadzane są na nasz koszt.

5. Jeśli Ochrona ubezpieczeniowa nie rozpocznie się w ciągu 24 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, ponieważ w tym okresie nie będzie wypłacony kredyt, Umowa ubezpieczenia rozwiąże się z upływem tego terminu.

ART 4.

ILE TRWA NASZA OCHRONA?

1. Udzielamy Ochrony ubezpieczeniowej w miesięcznych Okresach ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 1 część A pkt. 13) OWU.
2. Przedłużamy naszą Ochronę ubezpieczeniową co miesiąc – na kolejne Okresy ubezpieczenia. Przedłużenie Ochrony ubezpieczeniowej następuje na dotychczasowych warunkach. Ochrona ubezpieczeniowa nie zostanie przedłużona w sytuacjach, które opisujemy w ust. 6 i 7. Przedłużenie ochrony na zasadach, o których mowa w niniejszym ustępie nie jest możliwe, jeśli zaproponujemy Ci przedłużenie Ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z ust. 3.
3. Możemy zaproponować Ci przedłużenie Ochrony ubezpieczeniowej na kolejne następujące po sobie miesięczne Okresy ubezpieczenia na zmienionych warunkach odbiegających od warunków, o których mowa w ust. 2, w zakresie wysokości stawki ubezpieczeniowej. Każdorazowo, w takim przypadku propozycja przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej zostanie Ci przedstawiona na piśmie lub w innej uzgodnionej z Tobą formie, na 60 dni przed Dniem aktualizacji Sumy ubezpieczenia. Zmienione warunki wejdą w życie pod warunkiem, że do dnia poprzedzającego 30. dzień przed Dniem aktualizacji Sumy ubezpieczenia (w przypadku gdy dzień ten jest dniem wolnym od pracy, do pierwszego dnia poprzedzającego 30. dzień przed Dniem aktualizacji Sumy ubezpieczenia), nie złożysz oświadczenia woli o niekontynuowaniu ubezpieczenia na zmienionych warunkach. Zmiany dokonane w Umowie ubezpieczenia potwierdzimy Ci na piśmie. W przypadku złożenia przez Ciebie oświadczenia woli o niekontynuowaniu ubezpieczenia na zmienionych warunkach, nasza odpowiedzialność skończy się z upływem bieżącego miesięcznego Okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem okoliczności powodujących wcześniejsze zakończenie naszej odpowiedzialności, o których mowa w ust. 6 i 7.
4. W zależności od rodzaju Zdarzenia, Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w różnych terminach. Wskazujemy je w tabeli poniżej. (✔ oznacza rozpoczęcie Ochrony ubezpieczeniowej dla danego Zdarzenia)

ZDARZENIE	POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ WZGLĘDEM DANEGO UBEZPIECZONEGO	
	od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej	po 30 dniach od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej
Pobyt w Szpitalu Czasowa niezdolność do pracy	✔ jeśli Zdarzenie spowodował Nieszczęśliwy wypadek	✔ jeśli Zdarzenie spowodowała Choroba Ubezpieczonego
Poważne zachorowanie	✔ dotyczy Śpiączki, Utraty: mowy, słuchu, wzroku, kończyny, jeśli są następstwem Nieszczęśliwego wypadku	✔ dotyczy pozostałych zdarzeń lub Chorób
Utrata pracy Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji Śmierć	✔	

5. W przypadku Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, które wynika z:
   1) zwiększenia Kwoty kredytu – nasza odpowiedzialność w odniesieniu do wypłaconej całości lub części kwoty wynikającej z Podwyższenia Sumy ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu aktualizacji Sumy ubezpieczenia, który przypada po dniu zawarcia Aneksu wynikającego z podwyższenia Sumy ubezpieczenia,
   2) przejęcia przez Ubezpieczonego długu z tytułu Umowy kredytu – nasza odpowiedzialność w odniesieniu do kwoty podwyższenia przypadającej na tego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu zawarcia Aneksu, jeśli jest wymagany,

   po przeprowadzeniu przez nas oceny medycznej w postaci oświadczenia o stanie zdrowia. Jeśli będziemy wymagać przeprowadzenia dodatkowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, poprosimy Ubezpieczonych o wypełnienie, przed zawarciem Aneksu, dodatkowych wskazanych przez nas dokumentów (na przykład kwestionariusza medycznego, kwestionariusza finansowego), poddanie się badaniom lekarskim lub diagnostycznym (z wyłączeniem badań genetycznych) lub przedłożenie dokumentacji medycznej. Badania przeprowadzane są na nasz koszt.
6. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do **danego Ubezpieczonego** wygaśnie w dniu, w którym jako pierwsza wystąpi co najmniej jedna z poniższych sytuacji:
   1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,
   2) w Dniu zajścia Zdarzenia w postaci Całkowitej niezdolności do pracy lub samodzielnej egzystencji, jeśli przyznamy Świadczenie w wysokości wyczerpującej Sumę ubezpieczenia przypadającą na tego Ubezpieczonego,
   3) w zakresie Utraty pracy – w dniu, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek, który uprawnia go do emerytury,
   4) w zakresie Czasowej niezdolności do pracy – w dniu, w którym Ubezpieczony osiągnie wiek, który uprawnia go do emerytury,
   5) w zakresie Poważnego zachorowania – w dniu, w którym suma przyznanych Świadczeń z tytułu Poważnego zachorowania będzie równa Sumie ubezpieczenia za to Zdarzenie przypadającej na tego Ubezpieczonego,

6) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończy 75 lat,
7) w dniu rozwiązania stosunku prawnego, wynikającego z Umowy kredytu, łączącego Kredytodawcę z danym Ubezpieczonym.

7. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do **wszystkich Ubezpieczonych** wygaśnie i jednocześnie Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu w dniu, w którym jako pierwsza wystąpi któraś z poniższych sytuacji:
   1) w dniu, w którym jako Ubezpieczający odstąpisz od Umowy ubezpieczenia zawartej na odległość (czyli zawartej poprzez środki komunikacji elektronicznej lub w ramach rozmowy telefonicznej),
   2) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ty jako Ubezpieczający wypowiesz nam Umowę ubezpieczenia,
   3) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ty (jako Ubezpieczający) lub my (jako Ubezpieczyciel) złożymy oświadczenie o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej lub w przypadku gdy złożysz oświadczenie o woli niekontynuowania ubezpieczenia na zmienionych warunkach stosownie do ust. 3,

Ważne!
Mamy obowiązek poinformować Ubezpieczającego, że Ochrona ubezpieczeniowa nie zostanie przedłużona, co najmniej 30 dni przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia.
Jeśli zaproponujemy Ci przedłużenie Ochrony ubezpieczeniowej na zmienionych warunkach w zakresie stawki ubezpieczeniowej, przedstawimy Ci propozycję na 60 dni przed Dniem aktualizacji Sumy ubezpieczenia.

   4) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony zrezygnuje z Ochrony ubezpieczeniowej,
   5) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia będącym dniem spłaty ostatniej Raty kredytu wskazanym w Harmonogramie,
   6) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, za który nie opłacisz składki,
   7) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Bank rozwiąże Umowę kredytu,
   8) w dniu, w którym odstąpisz od Umowy kredytu,
   9) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym kredyt zostanie całkowicie spłacony,
   10) w dniu wyczerpania się limitu Sum ubezpieczenia określonego w art. 9 część A ust. 1 – 3 OWU,
   11) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym został zawarty aneks do Umowy kredytu w związku z przystąpieniem do długu (jeśli aneks był wymagany) lub podwyższeniem Kwoty kredytu – jeżeli:
      a) Ubezpieczony nie może złożyć oświadczenia o dobrym stanie zdrowia w Aneksie,
      b) nie wyrazimy zgody na kontynuację Ochrony ubezpieczeniowej, o ile była wymagana.

ART 5.

JAK ZAKOŃCZYĆ UMOWĘ UBEZPIECZENIA?

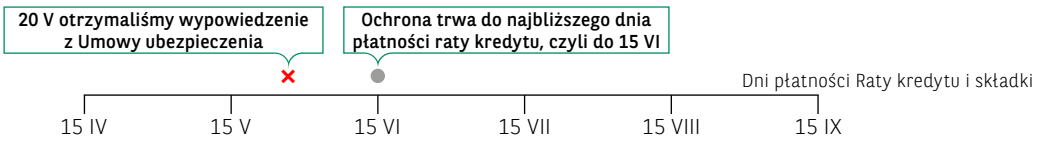
Dodatkowa informacja – czym różni się odstąpienie od wypowiedzenia, nieprzedłużenia lub rezygnacji z Umowy ubezpieczenia
Jeśli zawarliśmy z Tobą Umowę ubezpieczenia na odległość (poprzez środki komunikacji elektronicznej lub w ramach rozmowy telefonicznej), a oświadczenie złożysz w ciągu 30 dni - będzie to **odstąpienie** od Umowy ubezpieczenia.
W pozostałych przypadkach, będzie to **wypowiedzenie** Umowy ubezpieczenia.
Jeśli oświadczenie o rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia złoży Ubezpieczony, będzie to **rezygnacja**.
Możesz też zawsze skorzystać z prawa do złożenia **oświadczenia o nieprzedłużeniu** Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia.

1. Jako Ubezpieczający masz prawo:
   1) odstąpić od Umowy ubezpieczenia zawartej na odległość (czyli zawartej poprzez środki komunikacji elektronicznej lub w ramach rozmowy telefonicznej) w terminie 30 dni. Termin ten liczymy od dnia, w którym poinformowaliśmy Cię o zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia, w którym potwierdziliśmy Tobie informacje, zgodnie z wymogiem w art. 39 ust. 3 Ustawy z dnia 30 maja 2014 r o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy albo
   2) złożyć oświadczenie o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia albo
   3) wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym momencie.
2. Jeśli odstąpisz od Umowy ubezpieczenia zawartej na odległość, nasza odpowiedzialność wygaśnie w dniu, w którym złożysz oświadczenie w tej sprawie. Aby zachować termin do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia wystarczy, abyś dostarczył nam lub Agentowi oświadczenie o chęci odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przed upływem 30 dni.
3. Jeśli wypowiesz Umowę ubezpieczenia lub złożysz oświadczenie o jej nieprzedłużeniu, zostanie ona rozwiązana w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym złożysz nam lub Agentowi oświadczenie w tej sprawie.
4. Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie. Wystarczy, że przekaże w tej sprawie oświadczenie – nam lub Agentowi.
5. Jeśli Ubezpieczony zrezygnuje z Ochrony ubezpieczeniowej, przestaniemy jej udzielać w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony złoży nam lub Agentowi oświadczenie w tej sprawie.
6. Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia można złożyć nam na piśmie lub w innej uzgodnionej z Tobą formie lub za pośrednictwem Agenta w formie określonej na stronie internetowej Banku w zakładce dotyczącej tego ubezpieczenia.
7. Oświadczenie o wypowiedzeniu/ nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia lub oświadczenie Ubezpieczonego o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej można złożyć nam na piśmie lub w innej uzgodnionej z Tobą formie lub za pośrednictwem Agenta w formie określonej na stronie internetowej Banku w zakładce dotyczącej tego ubezpieczenia.

8. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia, nieprzedłużenie Umowy ubezpieczenia na kolejny Okres ubezpieczenia lub rezygnacja z Ochrony ubezpieczeniowej nie zwalniają Cię z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy tej ochrony.

Przykład – kiedy upływa termin wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia

Płatność Raty kredytu przypada 15 dnia miesiąca. W tym dniu przypada również termin płatności składki za ubezpieczenie. Otrzymaliśmy wypowiedzenie z Umowy ubezpieczenia 20 maja, czyli w trakcie trwania Okresu ubezpieczenia od 16 maja do 15 czerwca. Ochronę świadczymy do 15 czerwca, czyli do dnia płatności najbliższej Raty kredytu. W tym dniu powinna zostać opłacona ostatnia składka za ubezpieczenie.



ART 6.

JAKIE SĄ PRAWA I OBOWIĄZKI TWOJE I UBEZPIECZONEGO?

1. Ty jako Ubezpieczający masz obowiązek opłacić składkę – zasady znajdziesz w art. 8 OWU.
2. Ty i każdy inny Ubezpieczony macie obowiązek poinformować nas o zmianie swoich danych osobowych.
3. Ty i każdy inny Ubezpieczony macie obowiązek przekazywać nam informacje kompletne i prawdziwe.

Ważne!

Jeśli Ty lub inny Ubezpieczony nie przekażecie nam informacji kompletnych i prawdziwych, możemy odmówić wypłaty Świadczenia, gdy zostaną spełnione oba poniższe warunki:

a) Zdarzenie wystąpiło w ciągu pierwszych 3 lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub podpisania Aneksu, jeśli był wymagany (w odniesieniu do kwoty podwyższenia w przypadku Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, a także w odniesieniu do Kredytobiorców, którzy przystąpili do Umowy ubezpieczenia po jej zawarciu) oraz

b) nieprawdziwe lub niekompletne informacje wpłynęły na naszą ocenę okoliczności Zdarzenia lub na naszą odpowiedzialność lub miały na celu wyłudzenie Świadczenia.

ART 7.

JAKIE SĄ NASZE OBOWIĄZKI?

1. Mamy obowiązek wypłacać Świadczenia zgodnie z OWU. Wysokości i zasady wypłaty Świadczeń znajdują się w art. 9 i 10 OWU.
2. Możemy wymagać przeprowadzenia badań lekarskich w celu przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną przez nas pokryte.
3. Mamy obowiązek zachować w tajemnicy wszystkie informacje, które pozyskaliśmy w związku z naszą działalnością i które dotyczą osób:
   1) objętych Ochroną ubezpieczeniową,
   2) wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia,
   3) składających wniosek o Ochronę ubezpieczeniową w ramach Wnioskopolisy – nawet jeśli nie zostały nią objęte.

ART 8.

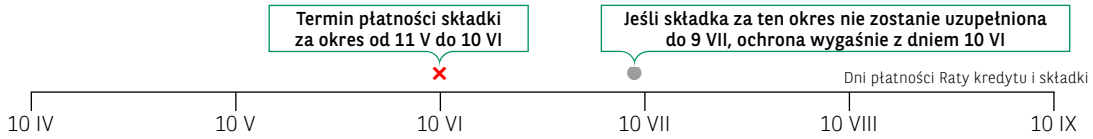
CO MUSISZ WIEDZIEĆ O SKŁADCE UBEZPIECZENIOWEJ?

1. Składkę opłacasz u Agenta – według zasad, które wymieniamy w tym artykule oraz we Wnioskopolisie.
2. Wysokość składki za każdy miesięczny Okres ubezpieczenia zależy od stawki ubezpieczeniowej oraz Sumy ubezpieczenia określonej w art. 9 część A ust. 2-3 OWU.
3. Składka jest płatna z dołu za każdy Okres ubezpieczenia – tzn. co miesiąc w Dniu płatności Raty kredytu.

4. Jeśli nie otrzymamy składki za dany Okres ubezpieczenia przed końcem kolejnego Okresu ubezpieczenia, to Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, za który nie opłacisz składki. Wygaśnięcie Ochrony ubezpieczeniowej nie zwalnia Cię z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym udzielaliśmy tej ochrony.

Przykład

Termin płatności Raty kredytu (i jednocześnie składki) przypada 10 dnia miesiąca.
Składka za okres od 11 maja do 10 czerwca powinna zostać opłacona 10 czerwca i nie została opłacona do 9 lipca.
W związku z tym Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie z dniem 10 czerwca



5. Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym Agent obciąży rachunek bankowy określony we Wnioskopolisie do poboru składki.

ART 9.

SUMY UBEZPIECZENIA I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA – Kiedy i jaką kwotę wypłacimy?

Dodatkowe informacje

W tym artykule opisujemy zasady ustalania Sumy ubezpieczenia i wysokości Świadczeń:
- w **CZĘŚCI A** – Świadczenia za śmierć, Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji,
- w **CZĘŚCI B** – Świadczenia za Poważne zachorowanie, Utratę pracy, Czasową niezdolność do pracy oraz Pobyt w Szpitalu,
- w **CZĘŚCI C** – ogólne zasady dla wszystkich Zdarzeń.

Prosimy zapoznaj się zarówno z częścią szczegółową jak i ogólną.

CZĘŚĆ A. ŚMIERĆ, CAŁKOWITA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY LUB SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI

1. Nasza odpowiedzialność za śmierć oraz za Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji jest ograniczona do kwoty (jest to maksymalna Suma ubezpieczenia):
   1) 2 500 000 złotych – gdy w ramach Umowy ubezpieczenia jesteś jedynym Ubezpieczonym albo
   2) 4 000 000 złotych na Umowę ubezpieczenia – gdy w ramach jednej Umowy ubezpieczenia występuje więcej niż jeden Ubezpieczony. Limit naszej odpowiedzialności przypadający na danego Ubezpieczonego stanowi wówczas kwotę 4 000 000 złotych podzieloną przez liczbę wszystkich Ubezpieczonych w ramach danej Umowy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia za śmierć oraz za Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji równa jest:
   1) Kwocie kredytu - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przed wypłatą kredytu w całości lub przed wypłatą wszystkich transz albo
   2) Saldu zadłużenia wyliczonemu na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia po wypłacie kredytu w całości lub po wypłacie wszystkich transz

   i obowiązuje od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej do dnia poprzedzającego Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwota wskazana w ust. 1 niniejszej części A.
3. Wysokość każdej kolejnej Sumy ubezpieczenia za śmierć oraz za Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji ustalana jest co dwanaście Okresów ubezpieczenia i równa jest:
   1) Kwocie kredytu – jeżeli na Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia kredyt nie został wypłacony w całości lub nie zostały wypłacone wszystkie transze albo
   2) Saldu zadłużenia wyliczonemu na Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia – jeżeli na ten dzień kredyt został wypłacony w całości lub wypłacono wszystkie transze

   i obowiązuje od Dnia aktualizacji Sumy ubezpieczenia do dnia poprzedzającego kolejny Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwota wskazana w ust. 1 niniejszej części A.
4. W przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o wypłacie Świadczenia z tytułu jednego ze Zdarzeń, o których mowa w niniejszej części A (tj. śmierć lub Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji) po uprzedniej wypłacie Świadczenia z tytułu jednego z tych Zdarzeń, Świadczenie zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego już Świadczenia.

CZĘŚĆ B. POWAŻNE ZACHOROWANIE

1. Suma ubezpieczenia za Poważne zachorowanie równa jest:
   1) Kwocie kredytu - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia przed wypłatą kredytu w całości lub wypłatą wszystkich transz albo
   2) Saldu zadłużenia wyliczonemu na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia po wypłacie kredytu w całości lub po wypłacie wszystkich transz

   i obowiązuje od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej do dnia poprzedzającego Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 1 000 000 zł na każdego Ubezpieczonego.

2. Wysokość każdej kolejnej Sumy ubezpieczenia za Poważne zachorowanie ustalana jest co dwanaście Okresów ubezpieczenia i równa jest:
   1) Kwocie kredytu – jeżeli na Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia kredyt nie został wypłacony w całości lub nie zostały wypłacone wszystkie transze albo
   2) Saldu zadłużenia wyliczonemu na Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia – jeżeli na ten dzień kredyt został wypłacony w całości lub wypłacono wszystkie transze

   i obowiązuje od Dnia aktualizacji Sumy ubezpieczenia do dnia poprzedzającego kolejny Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 1 000 000 zł na każdego Ubezpieczonego.
3. Wypłacimy Ubezpieczonemu maksymalnie trzy Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, z każdej grupy Chorób wyłącznie po jednym Świadczeniu. Wysokość każdego Świadczenia jest uzależniona od rodzaju Choroby - w przypadku:
   1) Choroby z grupy 1. wypłacimy Świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z Dnia zajścia Zdarzenia przypadającej na Ubezpieczonego, nie więcej niż 500 000 zł na każdego Ubezpieczonego;
   2) Choroby z grupy 2. wypłacimy Świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia z Dnia zajścia Zdarzenia przypadającej na Ubezpieczonego, nie więcej niż 500 000 zł na każdego Ubezpieczonego;
   3) Choroby z grupy 3. wypłacimy Świadczenie w wysokości 20% Sumy ubezpieczenia z Dnia zajścia Zdarzenia przypadającej na Ubezpieczonego, nie więcej niż 200 000 zł na każdego Ubezpieczonego,

   z zachowaniem postanowień ust. 1-2 niniejszej części B.
4. Jeśli wypłacimy Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania z powodu Choroby z danej grupy, będziemy świadczyć Ochronę ubezpieczeniową z tytułu Poważnego zachorowania z powodu Chorób z pozostałych grup, z których nie wypłacono dotychczas Świadczenia do wysokości Sumy ubezpieczenia na tego Ubezpieczonego.

Przykład

Pan Marek ma kredyt w wysokości 400 000 zł (jest jedynym Kredytobiorcą), który nie został wypłacony w całości w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
W przypadku Poważnego zachorowania z powodu Choroby z grupy 2. wypłacimy Panu Markowi Świadczenie w wysokości 50% Kwoty kredytu, czyli 200 000 zł.

Zakładając, że na Dzień aktualizacji Sumy ubezpieczenia kredyt został już wypłacony w całości, to gdyby Pana Marka spotkało kolejne Poważne zachorowanie, tym razem z powodu Choroby z grupy 3., wypłacimy Panu Markowi drugie Świadczenie równe 20% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia. Ponieważ Saldo zadłużenia Pana Marka z Dnia zajścia Zdarzenia wynosiło 150 000 zł, więc wypłacimy 30 000 zł (czyli 20% z 150 000 zł).

CZĘŚĆ C. UTRATA PRACY

1. Suma ubezpieczenia za Utratę pracy przedstawia poniższa tabela

Ilość Ubezpieczonych w ramach Umowy ubezpieczenia	LIMITY PRZYSŁUGUJĄCE UBEZPIECZONEMU W KAŻDYM ROKU POLISOWYM			Świadczenie miesięczne dla danego Ubezpieczonego
	Suma ubezpieczenia	Maksymalna ilość Świadczeń miesięcznych	Maksymalna wysokość każdego Świadczenia miesięcznego	
jeden Ubezpieczony	72 000 zł	6	12 000 zł	Rata kredytu
więcej niż jeden Ubezpieczony	72 000 zł / liczba Ubezpieczonych	6	12 000 zł / liczba Ubezpieczonych	Rata kredytu / liczba Ubezpieczonych

2. Świadczenia miesięczne za Utratę pracy wyliczamy na podstawie Rat kredytu, które zgodnie z Harmonogramem przypadają do zapłaty bezpośrednio po Utracie pracy.
3. Liczba Świadczeń miesięcznych za Utratę pracy nie może być większa niż liczba Rat kredytu, które zgodnie z Harmonogramem pozostaną do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia.

Przykład

Pan Jan w maju stracił pracę i uzyskał Status bezrobotnego na 6 miesięcy (do listopada).
Zgodnie z Harmonogramem ostatnią Ratę kredytu ma zapłacić w sierpniu.
Pan Jan otrzyma z ubezpieczenia za Utratę pracy 3 Świadczenia miesięczne – za czerwiec, lipiec i sierpień. Te Świadczenia pozwolą na spłatę wszystkich pozostałych Rat kredytu, co zakończy naszą odpowiedzialność z Umowy ubezpieczenia.

4. Wypłata Świadczeń miesięcznych za Utratę pracy zależy od przyczyny Utraty pracy. Poniżej opisujemy 2 sytuacje:
   1) **Utrata pracy była spowodowana wypowiedzeniem stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego przez pracodawcę albo rozwiązaniem umowy o pracę za porozumieniem stron** – gdy porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy albo **wyrejestrowaniem jednoosobowej działalności gospodarczej z przyczyn ekonomicznych**. W takiej sytuacji wypłacamy:
      a) pierwsze Świadczenie miesięczne za **30 dni** nieprzerwanego okresu, w którym Ubezpieczonemu przysługiwał Status bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy i wyliczamy je na podstawie Raty kredytu, która przypada do zapłaty po tych 30 dniach,

b) kolejne Świadczenia miesięczne po każdych następnych 30 dniach takiego okresu, każde wyliczone na podstawie Raty kredytu przypadającej do zapłaty po tym okresie,
c) do 6 takich Świadczeń miesięcznych na Zdarzenie.

2) **Utrata pracy była spowodowana rozwiązaniem stosunku pracy, stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego za porozumieniem stron, z wyjątkiem wskazanych w pkt 1) powyżej okoliczności dotyczących przyczyn porozumienia stron**. W takiej sytuacji wypłacamy:
a) pierwsze Świadczenie miesięczne po **90 dniach** nieprzerwanego okresu, w którym Ubezpieczonemu przysługiwał Status bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy i wyliczamy je na podstawie Raty kredytu, która przypada do zapłaty po tych 90 dniach,
b) kolejne Świadczenia miesięczne po każdych następnych 30 dniach takiego okresu, każde wyliczone na podstawie Raty kredytu przypadającej do zapłaty w tym okresie,
c) do 3 takich Świadczeń miesięcznych na Zdarzenie.

5. Z tytułu Utraty pracy wypłacimy tylko jedno Świadczenie miesięczne, jeżeli Utrata pracy nastąpiła w ciągu pierwszych:
1) 60 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia - w stosunku do Ubezpieczonego prowadzącego jednoosobową działalność gospodarczą albo
2) 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia - przy pozostałych formach zatrudnienia.

CZĘŚĆ D. CZASOWA NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY

1. Suma ubezpieczenia za Czasową niezdolność do pracy przedstawia poniższa tabela.

Ilość Ubezpieczonych w ramach Umowy ubezpieczenia	LIMITY PRZYSŁUGUJĄCE UBEZPIECZONEMU W KAŻDYM ROKU POLISOWYM			Świadczenie miesięczne dla danego Ubezpieczonego
	Suma ubezpieczenia	Maksymalna ilość Świadczeń miesięcznych	Maksymalna wysokość każdego Świadczenia miesięcznego	
jeden Ubezpieczony	72 000 zł	6	12 000 zł	Rata kredytu
więcej niż jeden Ubezpieczony	72 000 zł / liczba Ubezpieczonych	6	12 000 zł / liczba Ubezpieczonych	Rata kredytu / liczba Ubezpieczonych

2. W przypadku Czasowej niezdolności do pracy będziemy wypłacać Ubezpieczonemu Świadczenia miesięczne w wysokości Rat kredytu, które przypadają do zapłaty podczas trwania Czasowej niezdolności do pracy zgodnie z Harmonogramem.
3. Liczba Świadczeń miesięcznych nie może być większa niż liczba Rat kredytu, które pozostaną do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia.
4. Pierwsze Świadczenie miesięczne wypłacimy za **30 dni** nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy. Wyliczamy je na podstawie Raty kredytu, która przypada do zapłaty po tych 30 dniach.
5. Kolejne Świadczenia miesięczne wypłacimy po każdych następnych 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy. Każde Świadczenie miesięczne wyliczymy na podstawie Raty kredytu, która przypada do zapłaty po tych 30 dniach.
6. W ciągu każdych 30 dni Ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Świadczenie miesięczne za maksymalnie jedną Czasową niezdolność do pracy dla danego Ubezpieczonego.

CZĘŚĆ E. POBYT W SZPITALU

1. Suma ubezpieczenia za Pobyt w Szpitalu przedstawia poniższa tabela.

Ilość Ubezpieczonych w ramach Umowy ubezpieczenia	LIMITY PRZYSŁUGUJĄCE UBEZPIECZONEMU W KAŻDYM ROKU POLISOWYM			Świadczenie miesięczne dla danego Ubezpieczonego
	Suma ubezpieczenia	Maksymalna ilość Świadczeń miesięcznych	Maksymalna wysokość każdego Świadczenia miesięcznego	
jeden Ubezpieczony	72 000 zł	6	12 000 zł	100% Raty kredytu – gdy Ubezpieczony jest Osobą aktywną zawodowo, albo 300% Raty kredytu – gdy Ubezpieczony nie jest Osobą aktywną zawodowo
więcej niż jeden Ubezpieczony	72 000 zł / liczba Ubezpieczonych	6	12 000 zł / liczba Ubezpieczonych	100% Raty kredytu / liczba Ubezpieczonych – gdy Ubezpieczony jest Osobą aktywną zawodowo, albo 300% Raty kredytu / liczba Ubezpieczonych – gdy Ubezpieczony nie jest Osobą aktywną zawodowo

2. Świadczenia miesięczne za Pobyt w Szpitalu wyliczamy na podstawie Rat kredytu, które zgodnie z Harmonogramem przypadają do zapłaty podczas tego pobytu lub po jego zakończeniu, zgodnie z ust. 5 – 6.
3. Liczba Świadczeń miesięcznych za wszystkie Pobyty w Szpitalu w ramach danej Umowy ubezpieczenia nie może być większa niż liczba Rat kredytu, które zgodnie z Harmonogramem pozostaną do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia.

Przykład

Pani Anna 15 maja trafiła do Szpitala na 4 miesiące (do 15 września). Zgodnie z Harmonogramem ostatnią Ratę kredytu ma zapłacić 20 lipca.
Pani Anna otrzyma z ubezpieczenia za Pobyt w Szpitalu 3 Świadczenia miesięczne:
- po 3 dniach Pobytu w Szpitalu (tj. od 18 maja)
- po każdych kolejnych 30 dniach (17 czerwca i 17 lipca).

Te Świadczenia pozwolą na spłatę Rat kredytu i zakończą naszą odpowiedzialność z Umowy ubezpieczenia.

4. Wysokość Świadczenia miesięcznego zależy od tego, czy Ubezpieczony jest Osobą aktywną zawodowo w Dniu zajścia Zdarzenia:
   1) jeśli Ubezpieczony jest Osobą aktywną zawodowo – Świadczenie miesięczne odpowiada kwocie 100% Raty kredytu,
   2) jeśli Ubezpieczony nie jest Osobą aktywną zawodowo – Świadczenie miesięczne odpowiada 300% Raty kredytu.

Przykład

Pan Jan jest emerytem, a jego Rata kredytu wynosi w każdym miesiącu 1 000 zł. Świadczenie miesięczne wyniesie zatem 3 000 zł (300% * 1 000 zł). Suma wypłaconych Świadczeń miesięcznych za Pobyt w Szpitalu Pana Jana nie może przekroczyć 18 000 zł (ponieważ 3 000 zł * 6 Świadczeń = 18 000 zł) w Roku polisowym, w którym miało miejsce Zdarzenie.

Pan Tomasz jest emerytem, a jego Rata kredytu wynosi w każdym miesiącu 5 000 zł. Świadczenie miesięczne wyliczone jako trzykrotność raty wyniosłoby 15 000 zł (ponieważ 300% * 5 000 zł = 15 000 zł). Natomiast zgodnie z OWU możemy wypłacić maksymalnie 12 000 zł na każde Świadczenie miesięczne, dlatego w tym przypadku wyniesie ono 12 000 zł, a nie 15 000 zł. Suma wypłaconych Świadczeń miesięcznych za Pobyt w Szpitalu Pana Tomasza nie może przekroczyć maksymalnej Sumy ubezpieczenia tj. 72 000 zł (czyli 12 000 zł * 6 Świadczeń) w Roku polisowym, w którym miało miejsce Zdarzenie.

5. Pierwsze Świadczenie miesięczne za Pobyt w Szpitalu wypłacamy po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu. Wyliczamy je na podstawie Raty kredytu, która przypada do zapłaty bezpośrednio po tych 3 dniach
6. Kolejne Świadczenia miesięczne wypłacamy po każdych następnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego. Każde Świadczenie miesięczne wyliczamy na podstawie Raty kredytu, która przypada do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
7. W ciągu każdych 30 dni Ochrony ubezpieczeniowej wypłacamy Świadczenie miesięczne za maksymalnie jeden Pobyt w Szpitalu.

CZĘŚĆ F. INFORMACJE WSPÓLNE

1. Gdy w ramach jednej Umowy ubezpieczenia ochroną objęty jest więcej niż jeden Ubezpieczony, Suma ubezpieczenia oraz wysokość wypłacanego Świadczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby wszystkich Ubezpieczonych. To oznacza, że w takim przypadku Suma ubezpieczenia i kwota wypłacanego Świadczenia jest równa wysokości przypadającej na danego Ubezpieczonego.
2. Jeśli Utrata pracy lub Pobyt w Szpitalu wystąpią w tym samym czasie – nie wpłynie to na wysokość Świadczeń za poszczególne Zdarzenia. Analogicznie w tym samym czasie może wystąpić Czasowa niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu. Oznacza to, że jeśli zostaną spełnione warunki z OWU, możemy wypłacić jednocześnie 2 Świadczenia – odpowiednio za Utratę pracy i za Pobyt w Szpitalu albo za Czasową niezdolność do pracy i za Pobyt w Szpitalu.

Przykład

Pani Monika w maju straciła pracę i otrzymała zasiłek dla bezrobotnych. Za Utratę pracy otrzymuje Świadczenia miesięczne w wysokości Raty kredytu. Jednocześnie w sierpniu trafiła do Szpitala na 5 dni.
W tym okresie Pani Monika otrzyma 2 Świadczenia za oba Zdarzenia w sierpniu:
- za Utratę pracy – 100% Raty kredytu oraz
- za Pobyt w Szpitalu – 300% Raty kredytu (w tym czasie nie jest już Osobą aktywną zawodowo).

3. Kwota Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu wyliczana jest w oparciu o Harmonogram obowiązujący w:
   1) Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia albo
   2) Dniu aktualizacji Sumy ubezpieczenia przypadającym przed zajściem Zdarzenia – w przypadku aktualizacji Sumy ubezpieczenia w zależności od tego, kiedy nastąpiło Zdarzenie.
4. Są sytuacje, kiedy wysokość Świadczenia będzie wyższa niż Rata kredytu lub Kwota kredytu czy Saldo zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, czyli powstanie nadwyżka. Nadwyżka od Świadczenia wystąpi, jeśli przyznaliśmy Świadczenie za: Całkowitą niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji lub Poważne zachorowanie i Czasową niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu lub Utratę pracy. Nadwyżkę wypłacimy Ubezpieczonemu na wskazane przez niego konto.
5. Jeśli przyznaliśmy Świadczenie za śmierć, które jest wyższe niż Kwota kredytu lub Saldo zadłużenia z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia, wystąpi nadwyżka od tego Świadczenia. Otrzymają ją według poniższej kolejności:
   1) małżonek Ubezpieczonego,
   2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli Ubezpieczony nie ma małżonka,
   3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli Ubezpieczony nie ma dzieci ani małżonka,
   4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli Ubezpieczony nie ma rodziców, dzieci ani małżonka,
   5) spadkobiercy Ubezpieczonego – z wyłączeniem Skarbu Państwa – jeśli Ubezpieczony nie ma rodzeństwa, rodziców, dzieci ani małżonka.

ART 10.

JAK ZGŁOSIĆ WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA Z UBEZPIECZENIA?

1. Kiedy wystąpi Zdarzenie, osoba która je zgłasza powinna jak najszybciej przekazać nam wniosek o wypłatę Świadczenia i dokumenty wskazane poniżej w ust. 8:
   1) internetowo na stronie: www.cardif.pl lub
   2) listownie na nasz adres lub
   3) osobiście w naszej siedzibie lub
   4) u Agenta (Banku)

> **Dodatkowa informacja**
> Najszybciej dotrze do nas zgłoszenie złożone przez stronę internetową www.cardif.pl.
> Na tej stronie można również uzupełniać dokumentację.

2. Wypłacimy Świadczenie w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o Zdarzeniu.
3. Jeśli w ciągu 30 dni nie będziemy mogli ustalić wszystkich okoliczności Zdarzenia:
   1) zawiadomimy na piśmie o przyczynie braku wypłaty Świadczenia w całości lub w części. Taką informację otrzyma osoba zgłaszająca Zdarzenie oraz Ubezpieczony – jeśli Zdarzenie zgłaszał ktoś inny,
   2) wypłacimy Świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnimy pozostałe okoliczności Zdarzenia. Bezsporną część Świadczenia wypłacimy jednak w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
4. Jeśli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona we wniosku o wypłatę Świadczenia – zawiadomimy o tym na piśmie. Podamy także przyczyny i podstawę prawną naszej decyzji oraz informację o możliwości dochodzenia roszczeń przed sądem. Taką informację otrzyma osoba zgłaszająca Zdarzenie oraz Ubezpieczony – jeśli Zdarzenie zgłaszał ktoś inny – w terminach z ust. 3.
5. Jeśli Świadczenie przysługuje, powiadomimy o jego wypłacie na piśmie. Taką informację otrzyma osoba zgłaszająca Zdarzenie lub Ubezpieczony – jeśli Zdarzenie zgłaszał ktoś inny.
6. Świadczenie przekażemy na rachunek bankowy, który wskaże:
   1) Uposażony – jeśli Świadczenie dotyczy śmierci,
   2) Uprawniony – jeśli Świadczenie dotyczy innych Zdarzeń niż śmierć.
7. Do wniosku o wypłatę Świadczenia mogą być dołączone kopie lub skany dokumentów. Jednak osoba, która zgłasza Zdarzenie, na naszą prośbę, ma obowiązek dostarczyć nam ich oryginały. Jeśli dokumenty są w innym języku niż język polski, musimy otrzymać tłumaczenie na język polski.
8. Poniżej przedstawiamy listę dokumentów, których potrzebujemy, aby rozpatrzyć zgłoszenie. Poza wskazanymi dokumentami możemy poprosić o inne dokumenty, jeśli będą konieczne, abyśmy mogli rozpatrzyć wniosek o wypłatę Świadczenia.

LISTA DOKUMENTÓW, KTÓRYCH POTRZEBUJEMY	
Śmierć	1) akt zgonu Ubezpieczonego, 2) dokument, który wskazuje przyczynę śmierci, np. karta statystyczna zgonu, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok, 3) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną śmierci, 4) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku: postanowienie z prokuratury lub notatka urzędowa z policji, która opisuje okoliczności zdarzenia
Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	1) Orzeczenie, 2) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną wydania Orzeczenia, 3) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokumentacja medyczna np. z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub od lekarza pierwszego kontaktu
Poważne zachorowanie	1) dokumentacja, która potwierdza, że Ubezpieczony ma zdiagnozowaną Chorobę lub przeszedł operację, jaką zaliczamy do Poważnych zachorowań (np. karta pobytu w szpitalu, a w przypadku zdiagnozowania nowotworu – wyniki badań histopatologicznych), 2) dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia Choroby lub zdarzenia, które były przyczyną zgłaszanego zachorowania, 3) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokumentacja medyczna np. z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub od lekarza pierwszego kontaktu
Pobyt w Szpitalu	1) karta informacyjna z leczenia szpitalnego, 2) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną Pobytu w Szpitalu, 3) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku: dokumentacja medyczna np. karta z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub lekarza pierwszego kontaktu, 4) jeśli Ubezpieczony w Dniu zajścia Zdarzenia nie był Osobą aktywną zawodowo – zaświadczenie o źródle dochodów (które potwierdza uprawnienie do wyższego Świadczenia z art. 9 OWU)

Utrata pracy	**Jeśli zgłoszenie dotyczy osoby fizycznej, która nie prowadziła jednoosobowej działalności gospodarczej:** 1) świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia przed Utratą pracy lub oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy – wraz z podaną przyczyną rozwiązania umowy, 2) ostatnia umowa o pracę lub aneks do umowy z informacją na temat stosunku pracy i okresu zatrudnienia, 3) zaświadczenie z urzędu pracy, które potwierdza, że dana osoba ma Status bezrobotnego lub Rolnika poszukującego pracy – wraz z datą, od jakiej przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Taki dokument musimy otrzymać, zanim wypłacimy pierwsze i każde kolejne Świadczenie, 4) jeśli dotyczy to Rolnika poszukującego pracy – zaświadczenie o posiadanych powierzchniach użytków rolnych **Jeśli zgłoszenie dotyczy osoby fizycznej, która prowadziła jednoosobową działalność gospodarczą:** 1) oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia jednoosobowej działalności, ponieważ Ubezpieczony ponosił straty w ciągu ostatnich 2 miesięcy bezpośrednio poprzedzających wyrejestrowanie działalności gospodarczej, 2) dokumenty, które potwierdzają, że Ubezpieczony aktywnie prowadził jednoosobową działalność gospodarczą przez okres co najmniej 12 miesięcy, 3) dokumenty, które potwierdzają opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia jednoosobowej działalności gospodarczej, np. księgę przychodów i rozchodów, PIT-y i potwierdzenia ich złożenia, 4) zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z CEIDG lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości, 5) zaświadczenie z urzędu pracy, które potwierdza, że dana osoba ma Status bezrobotnego – wraz z datą, od jakiej przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych. Taki dokument musimy otrzymać, zanim wypłacimy pierwsze i każde kolejne Świadczenie.
Czasowa niezdolność do pracy	1) zaświadczenie lekarskie (formularz ZUS ZLA lub e-ZLA), które określa okres przerwy w pracy – dotyczy okresu, za jaki mamy wypłacać Świadczenie, 2) dowody wypłat od pracodawcy wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego od ZUS-u – taki dokument musimy otrzymać, zanim wypłacimy pierwsze i każde kolejne Świadczenie, 3) jeśli do Zdarzenia doszło z przyczyn naturalnych (choroba): dokumentacja medyczna dotycząca rozpoznania i leczenia choroby, która była przyczyną Czasowej niezdolności do pracy, 4) jeśli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku: a) dokumentacja medyczna z udzielenia pierwszej pomocy medycznej po wypadku (np. karta z izby przyjęć, pogotowia ratunkowego lub lekarza pierwszego kontaktu), b) dokumenty, które potwierdzają wystąpienie i okoliczności Nieszczęśliwego wypadku (np. opis wypadku, protokół BHP, raport policyjny, postanowienie prokuratury), c) dokument, który potwierdza kontynuację leczenia tej samej choroby, a jeśli przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednia choroba – dokumentacja medyczna dotycząca tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy.

ART 11.

KIEDY NIE BĘDZIEMY MOGLI WYPŁACIĆ ŚWIADCZENIA?

1. Czasami zdarzą się sytuacje, w których nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia. Są to wyłączenia odpowiedzialności.
2. Nie wypłacimy Świadczenia, jeśli śmierć, Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji, Poważne zachorowanie, Czasowa niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu wystąpiły w wyniku sytuacji, które wskazujemy w tabeli poniżej.
   (× oznacza wyłączenie naszej odpowiedzialności dla danego Zdarzenia)

ZDARZENIE W WYNIKU:	Śmierć	Całkowita niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji	Poważne zachorowanie	Czasowa niezdolność do pracy	Pobyt w Szpitalu
samobójstwa, do którego doszło w ciągu pierwszego roku od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub w ciągu pierwszego roku od Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, w odniesieniu do kwoty podwyższenia	×				
próby samobójstwa, która wystąpiła w ciągu pierwszego roku od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia lub w ciągu pierwszego roku od Podwyższenia Sumy ubezpieczenia, w odniesieniu do kwoty podwyższenia		×	×	×	×

czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy – chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej	×	×	×	×	×
usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa	×	×	×	×	×
zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, które zostało spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość	×	×	×	×	×
samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego – niezależnie od stanu jego poczytalności		×	×	×	×
działaniem Ubezpieczonego w stanie nietrzeźwości, gdy zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 ‰ lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg; działaniem Ubezpieczonego pod wpływem narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony	×	×		×	×

3. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Utraty pracy w wyniku sytuacji, które wskazujemy w tabeli poniżej:
(× oznacza wyłączenie naszej odpowiedzialności dla danego Zdarzenia)

ZDARZENIE W WYNIKU:	Osoby fizyczne	Osoby fizyczne, prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą
rozwiązania przez Ubezpieczonego umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego lub stosunku służbowego w rozumieniu prawa pracy lub innych przepisów, które regulują dany stosunek. Nie dotyczy to trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 §1[1] Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r Kodeks pracy (Dz.U. z 2023 r. poz. 1465 z późn. zm.) W takim przypadku obowiązuje nasza Ochrona ubezpieczeniowa	×	
rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego lub stosunku służbowego, z powodu winy Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów, które regulują dany stosunek. Nie dotyczy to sytuacji, kiedy pracodawca rozwiązał umowę o pracę, kontrakt menadżerski lub stosunek służbowy z Ubezpieczonym z powodu długotrwałej choroby Ubezpieczonego. W takiej sytuacji obowiązuje nasza Ochrona ubezpieczeniowa	×	
wygaśnięcia umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego lub stosunku służbowego	×	
otrzymania przez Ubezpieczonego wypowiedzenia umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego lub stosunku służbowego przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia lub przed dniem, w którym rozpoczęliśmy udzielać Ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Utraty pracy, albo propozycja rozwiązania umowy za porozumieniem stron została złożona przed tym dniem	×	
usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa		×
zaprzestania prowadzenia przez Ubezpieczonego jednoosobowej działalności gospodarczej z innych powodów niż ekonomiczne – powody te wskazujemy w art. 1 część B ust. 5 pkt 4) OWU		×

ART 12.

JAK ROZPATRUJEMY REKLAMACJE?

1. Reklamacje mogą być składane:
   1) internetowo na adres: **reklamacje@cardif.pl** lub
   2) przez formularz na stronie: www.cardif.pl lub
   3) telefonicznie pod numerem (+48) 22 529 17 52 lub
   4) listownie lub osobiście na adres: ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.
2. Odpowiemy na reklamację jak najszybciej – nie później niż w ciągu 30 dni od dnia, w którym ją otrzymamy. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, które uniemożliwią nam rozpatrzenie reklamacji w terminie 30 dni, na odpowiedź mamy 60 dni od jej otrzymania. W takim przypadku poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, o wydłużonym terminie. Wyjaśnimy także przyczyny wydłużenia i wyznaczymy nowy termin odpowiedzi.
3. Odpowiedzi udzielimy na piśmie lub – na wniosek osoby, która złożyła reklamację – e-mailem.
4. Jeśli osoba, która złożyła reklamację jest osobą fizyczną, ma prawo:
   1) złożyć wniosek do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie reklamacji lub
   2) przekazać reklamację do miejskiego lub powiatowego rzecznika konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

ART 13.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach, których nie regulują te OWU, stosujemy polskie prawo – m.in. Ustawę z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz.U. z 2023 r. poz. 1610 z późn. zm.) i Ustawę z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2023 r. poz. 656 z późn.zm.).
2. Powództwa o roszczenia, które wynikają z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć:
   1) według przepisów o właściwości ogólnej lub
   2) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby: Twojej, Ubezpieczonego, Uprawnionego lub Uposażonego, lub
   3) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy: Ubezpieczonego, Uprawnionego lub Uposażonego.
3. Rzecznik Finansowy jest podmiotem, który prowadzi postępowanie w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich. Jest to zgodne z Ustawą z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich (Dz.U. z 2016 r. poz. 1823 z późn. zm.). Więcej informacji na ten temat znajdziesz na stronie www.rf.gov.pl.
4. Jako konsument masz prawo rozstrzygać spory za pośrednictwem platformy ODR, czyli platformy internetowego rozstrzygania sporów, która znajduje się na stronie: http://ec.europa.eu/consumers/odr/. Jest to zgodne 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.
5. W niektórych przypadkach wypłaty Świadczeń zabezpiecza Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Szczegóły znajdziesz 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. z 2023 r. poz. 2500 z późn. zm.).

ART 14.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zasady opodatkowania Świadczeń z Umowy ubezpieczenia regulują:
   1) w odniesieniu do osób fizycznych – Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 226 z późn. zm.)
   2) w odniesieniu do osób prawnych – Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2805 z późn. zm.).
2. Zgodnie z Ustawą z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (Dz.U. z 2021 r. poz. 672 z późn. zm.) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest właśnie język polski.
3. OWU zostały zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Reprezentanta Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce 20 maja 2024 r. OWU wchodzą w życie z dniem 17 czerwca 2024 r.
4. Sprawozdanie o naszej wypłacalności i kondycji finansowej znajduje się na stronie www.cardif.pl oraz w naszej siedzibie.

Grzegorz Jurczyk
Prezes Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. / Reprezentant zagranicznego przedsiębiorcy Cardif – Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce

Tomasz Byczyński
Członek Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.