

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW o indeksie NESTBANK/CASHCPI_3_1.0/2017

Drogi Kliencie,

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

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

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
a) Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	ART. 2
b) Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	ART. 13
c) Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	ART. 9

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem NESTBANK/CASHCPI_3_1.0/2017 (dalej: OWU) stosuje się odpowiednio do:

- Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym oraz
- Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym, zwanych dalej łącznie: „Umową ubezpieczenia”.



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

Ubezpieczyciel
zmieniającego
się świata



W OWU oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent ubezpieczeniowy** - Nest Bank SA wykonujący czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **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) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** - dzień uruchomienia Kredytu, z tym, że nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
- 5) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** - dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
- 6) **Dzień zajścia Zdarzenia** -
 - a) w przypadku **Zgonu** - dzień Zgonu wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** - dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - d) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** - pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - e) w przypadku **Utraty pracy** - dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy Kredytu), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - f) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek - dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych OWU;
 - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) - dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - dla przeszczepu narządów - dzień wykonania zabiegu albo, gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 7) **Kontynuacja Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu** - Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu do końca trwania Pierwotnego okresu ubezpieczenia na podstawie zgody Ubezpieczonego udzielonej we Wnioskopolisie, świadczona w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu;
- 8) **Kontynuacja okresu ubezpieczenia** - Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu po upływie Pierwotnego okresu ubezpieczenia, na podstawie zgody wyrażonej przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie. Ochrona udzielana jest w okresach miesięcznych, automatycznie wznawianych na kolejne okresy ubezpieczenia odpowiadające Miesiącom rozliczeniowym;
- 9) **Kredyt** - kredyt gotówkowy (w tym przeznaczony częściowo na spłatę zobowiązań finansowych) przeznaczony wyłącznie na cel konsumpcyjny, niezwiązany z działalnością gospodarczą, udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy (oferowany jako Nest kredyt gotówkowy oraz Nest kredyt konsolidacyjny);
- 10) **Kredytobiorca** - osoba fizyczna będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę Kredytu;
- 11) **Kredytodawca (Bank)** - Nest Bank, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Domaniewskiej 39 A, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 12) **Miesiąc rozliczeniowy** - okres nie dłuższy niż 31 dni kalendarzowych, odpowiadający okresowi przyjętemu w Umowie Kredytu dla rozliczeń związanych ze spłatą Rat Kredytu w ramach Umowy Kredytu;
- 13) **Nieszczęśliwy wypadek** - zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 14) **Ochrona ubezpieczeniowa** - ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 15) **Okres ubezpieczenia** - czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, nie dłuższy niż 144 miesiące, odpowiadający:
 - a) Pierwotnemu okresowi ubezpieczenia - w przypadku braku wyrażenia woli na Kontynuację okresu ubezpieczenia we Wnioskopolisie przez wszystkich Ubezpieczonych albo,
 - b) Pierwotnemu okresowi ubezpieczenia oraz Kontynuacji okresu ubezpieczenia - w przypadku wyrażenia woli na Kontynuację okresu ubezpieczenia we Wnioskopolisie przez wszystkich Ubezpieczonych.

Wyrażenie zgody we Wnioskopolisie przez wszystkich Ubezpieczonych jest warunkiem koniecznym do Kontynuacji okresu ubezpieczenia.
- 16) **Orzeczenie** - prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu - w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyl uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo,
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (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);
- 17) **Osoba składająca Skargę** - Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 18) **Pakiet** - zestaw ryzyk określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
- 19) **Pierwotny plan spłat** - plan spłat wskazany przez Kredytodawcę w Umowie Kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy Kredytu,;
- 20) **Pierwotny okres ubezpieczenia** - czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, wskazany we Wnioskopolisie, równy:
 - a) okresowi, na jaki została zawarta Umowa Kredytu - w przypadku, gdy okres kredytowania jest równy lub krótszy niż 24 miesiące albo,
 - b) w zależności od wyboru Ubezpieczającego - 24 miesiącom lub okresowi, na jaki została zawarta Umowa Kredytu - w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 25 miesięcy do 36 miesięcy,
 - c) w zależności od wyboru Ubezpieczającego - 24 lub 36 miesiącom - w przypadku, gdy okres kredytowania wynosi od 37 miesięcy do 144 miesięcy.
- 21) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** - potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała 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) **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 w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN - Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage IA) =< Imm, poziom II lub III, bez owróżnienia według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawonokomórkowy 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** - nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynacynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - 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 wszczepienie 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 lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
- serce, płuca, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po przedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
- Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 23) **Rata Kredytu** - kwota należna Kredytodawcy za Miesiąc rozliczeniowy trwania Umowy Kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym planie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterebowanej części kapitału;
- 24) **Saldo zadłużenia** - zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy Kredytu, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia. W odniesieniu do Pierwotnego Okresu Ubezpieczenia saldo zadłużenia określone jest w oparciu o Pierwotny plan spłat, a w odniesieniu do Kontynuacji Okresu Ubezpieczenia w oparciu o faktyczne zadłużenie z tytułu zawartej Umowy Kredytu;
- 25) **Skarga** - wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące 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.
- 26) **Składka** - kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 27) **Status bezrobotnego** - status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 28) **Suma ubezpieczenia** - kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 29) **Szpital** - działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całonocowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarstwa i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali

- sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
- 30) **Świadczenie ubezpieczeniowe** - kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 31) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** - stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 32) **Ubezpieczający** - Kredytobiorca wskazany we Wnioskopolisie, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
- 33) **Ubezpieczony** - Ubezpieczający lub każdy inny Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 34) **Ubezpieczyciel** - podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
- a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub,
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Utraty pracy;
- 35) **Umowa Kredytu** - umowa kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą lub dwoma Kredytobiorcami, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 36) **Umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 37) **Uposażony** - osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określona w niniejszych OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Zgonu;
- 38) **Uprawniony** - osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określona w niniejszych OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zdarzeń innych niż Zgon;
- 39) **Utrata pracy** - zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy Kredytu), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 40) **Wcześniejsza całkowita spłata Kredytu** - spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy Kredytu przed końcem Pierwotnego okresu ubezpieczenia;
- 41) **Wiek** - liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 42) **Wnioskopolis** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 43) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego;
- 44) **Zgon** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres Ochrony ubezpieczeniowej zależy od wybranego przez Ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia wskazanego we Wnioskopolisie.
3. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej (Pakiet zawiera ryzyka, które w poniższej tabeli są oznaczone ciemniejszym kolorem):



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

Nazwa pakietu	Zgon	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	Jedno z niżej wymienionych Zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego		
				Utrata pracy	Czasowa niezdolność do pracy	Poważne zachorowanie
Pakiet 1						
Pakiet 2						

4. W Pakiecie 2 Ubezpieczony objęty jest Ochroną ubezpieczeniową, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia Zdarzenia źródła dochodu Ubezpieczonego:
 - **Czasowa niezdolność do pracy** - w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym przed datą zakończenia Umowy Kredytu albo
 - **Utrata pracy** - w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub czas określony z terminem wygaśnięcia przypadającym w dniu lub po dacie zakończenia Umowy Kredytu, albo
 - **Poważne zachorowanie** - w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega Ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Czasowej niezdolności do pracy albo z tytułu Utraty pracy.
5. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i którego Wiek łącznie z Okresem ubezpieczenia nie przekroczy 75 lat.
 2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a) podpisał Wnioskopolisie,
 - b) zawarł z Kredytodawcą Umowę Kredytu w wysokości nieprzekraczającej:
 - 300 000 PLN - w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia nie przekracza 65 lat;
 - 277 000 PLN - w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia przekracza 65 lat;
- z zastrzeżeniem, że suma zadłużenia z tytułu udzielonych oraz wnioskowanych kredytów gotów-

art. 3

kowych (Nest kredyt gotówkowy oraz Nest kredyt konsolidacyjny), przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty lub wnioskuje o objęcie Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć:

- 388 000 PLN - w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia nie przekracza 65 lat;
 - 277 000 PLN - w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia przekracza 65 lat;
 - c) spełnił wymogi dotyczące stanu zdrowia określone we Wnioskopolisie,
 - d) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki.
3. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy Kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy, spełniający warunki określone w ust. 1 i w ust. 2 niniejszego Artykułu, przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy Kredytu może być objętych nie więcej niż dwóch Kredytobiorców.



**Jak długo trwa
Twoja ochrona**



Karencja

art. 4 CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
 - a) w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Poważnego zachorowania;
 - b) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy;
 - c) sześćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Czasowej niezdolności do pracy;
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Artykułu 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej Umowy Kredytu wygasa w stosunku do danego Ubezpieczonego:
 - a) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - b) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
 - c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat - w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy;w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach danej Umowy Kredytu wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
 - a) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego:
 - w trakcie Pierwotnego okresu ubezpieczenia - z dniem, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Ubezpieczycielowi lub Agentowi ubezpieczeniowemu oświadczenie o wypowiedzeniu,
 - w trakcie Kontynuacji okresu ubezpieczenia - z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego po upływie co najmniej 30 dni od dnia, w którym Ubezpieczający skutecznie złożył Ubezpieczycielowi lub Agentowi ubezpieczeniowemu oświadczenie o wypowiedzeniu;
 - b) w przypadku rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej przez któregośkolwiek z Ubezpieczonych:
 - w trakcie Pierwotnego okresu ubezpieczenia - z dniem, w którym Ubezpieczony skutecznie złożył Ubezpieczycielowi lub Agentowi ubezpieczeniowemu oświadczenie o rezygnacji,
 - w trakcie Kontynuacji okresu ubezpieczenia - z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego po upływie co najmniej 30 dni od dnia, w którym Ubezpieczony skutecznie złożył Ubezpieczycielowi lub Agentowi ubezpieczeniowemu oświadczenie o rezygnacji;
 - c) w dniu w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - d) z upływem Pierwotnego okresu ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził we Wnioskopolisie zgody na Kontynuację okresu ubezpieczenia;
 - e) w przypadku Kontynuacji okresu ubezpieczenia - w ostatnim dniu danego Miesiąca rozliczeniowego, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel złożył oświadczenie o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że informacja o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej zostanie przekazana drugiej stronie najpóźniej na 30 dni przed zakończeniem danego Miesiąca rozliczeniowego;
 - f) z dniem określonym w Umowie Kredytu jako dzień zapadalności ostatniej Raty Kredytu;
 - g) z upływem 144 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - h) w przypadku nie opłacenia w terminie Składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego, z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego, za który przypadała nieopłacona Składka;
 - i) z dniem Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony nie wyraził we Wnioskopolisie zgody na Kontynuację Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu;w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony wyraził we Wnioskopolisie zgodę na Kontynuację Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca Pierwotnego okresu ubezpieczenia.
6. W przypadku skutecznego odstąpienia od Umowy Kredytu, wszyscy Kredytobiorcy objęci Ochroną ubezpieczeniową w ramach tej Umowy Kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone. W takim przypadku Składka z tytułu Umowy ubezpieczenia zostanie zwrócona w całości.

art. 5 WYPowiedzenie oraz odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia uznaje się za skuteczne z dniem, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia - w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia oraz z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego po upływie co najmniej 30 dni od dnia, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia - w odniesieniu do Kontynuacji okresu ubezpieczenia. Otrzymanie przez Agenta ubezpieczeniowego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczającego oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia. Otrzymanie przez Agenta ubezpieczeniowego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
4. Wypowiedzenie lub odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona Składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej).

art. 6 REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ PRZEZ UBEZPIECZONEGO - INNEGO NIŻ UBEZPIECZAJĄCY

1. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie jej trwania, składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
2. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z dniem, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej - w odniesieniu do Pierwotnego okresu ubezpieczenia oraz z ostatnim dniem Miesiąca rozliczeniowego po upływie co najmniej 30 dni od dnia, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację Umowy ubezpieczenia - w odniesieniu do Kontynuacji okresu ubezpieczenia. Otrzymanie przez Agenta ubezpieczeniowego rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
3. Rezygnacja z Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 7 PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń ubezpieczeniowych w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczony obowiązany jest podpisać Wnioskopolisę na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia ubezpieczeniowego.

art. 9 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. W Pierwotnym okresie ubezpieczenia Składka opłacana jest jednorazowo i naliczana jest od wysokości początkowej kwoty Kredytu oraz Okresu ubezpieczenia w miesiącach.
3. W odniesieniu do Kontynuacji okresu ubezpieczenia Składka opłacana jest za Miesiąc rozliczeniowy i zależy od Salda zadłużenia na dzień naliczenia Składki.
4. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Pierwotnego okresu ubezpieczenia, za który została zapłacona Składka, Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczającego o zwrot Składki zwróci Ubezpieczającemu za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego część Składki odpowiadającą niewykorzystanemu Okresowi ubezpieczenia, obliczoną według poniższego wzoru:

$$Z = S - \left(S \times \frac{k}{n} \right)^*$$

- * zaokrąglone do 2 miejsc po przecinku, gdzie:
 - Z - składka do zwrotu
 - S - kwota pierwotnie zapłaconej Składki
 - n - Pierwotny okres ubezpieczenia w dniach
 - k - liczba faktycznie wykorzystanych dni Pierwotnego okresu ubezpieczenia.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

art.10

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** równa jest 180% Salda zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej niż 540.000 PLN w ramach jednej Umowy Kredytu, w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia nie przekracza 65 lat oraz nie więcej niż 500.000 PLN w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia przekracza 65 lat.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** lub **Poważnego zachorowania** równa jest Saldu zadłużenia na Dzień zajścia Zdarzenia, nie więcej niż 300.000 PLN w ramach jednej Umowy Kredytu w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia nie przekracza 65 lat oraz nie więcej niż 277.000 PLN w odniesieniu do Kredytobiorców, których Wiek w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia przekracza 65 lat.
3. Suma ubezpieczenia na wypadek **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** równa jest wartości 12 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 6.000 PLN na jedną Ratę Kredytu, nie więcej niż 6 kolejnych Rat Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.
4. Suma ubezpieczenia na wypadek **Czasowej niezdolności do pracy** lub **Utraty pracy** równa jest wartości 12 Rat Kredytu, jednak nie więcej niż 6.000 PLN na jedną Ratę Kredytu, nie więcej niż 6 kolejnych Rat Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie licząc na Dzień zajścia Zdarzenia.
5. Z zastrzeżeniem Art. 4 ust. 4 w przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową w ramach danej Umowy Kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.

art.11

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe równe Sumie ubezpieczenia.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu **Trwałej i Całkowitej niezdolności do pracy** lub **Poważnego zachorowania** po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** jest dzielone proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe po 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy, w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
5. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 3 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal jest Czasowo niezdolny do pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego Czasowo niezdolnym do pracy.
6. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia ubezpieczeniowego, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń ubezpieczeniowych po każdym 30 kolejnych dniach Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, zgodnie z postanowieniami ust. 4 niniejszego Artykułu.
7. Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy Ubezpieczonego nastąpi o upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie ubezpieczeniowe, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia ubezpieczeniowego po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń ubezpieczeniowych na zasadach wskazanych w ust. 4 niniejszego Artykułu.
8. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Czasowej niezdolności do pracy i nie więcej niż 12 Świadczeń ubezpieczeniowych (Rat Kredytu) w całym czasie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 6000 PLN, zastrzeżeniem ust. 3.
9. W przypadku, gdy po 30 dniach, o których mowa w ust. 8 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe 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. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie ubezpieczeniowe po 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
11. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Utraty pracy i nie więcej niż 12 Świadczeń (Rat Kredytu) w całym czasie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6000 PLN.

12. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
13. 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 ubezpieczeniowe każdorazowo w wysokości jednej Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
14. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Świadczeń ubezpieczeniowych równych Ratom Kredytu na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku i nie więcej niż 12 Świadczeń (Rat Kredytu) w całym czasie nieprzerwanego Świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie ubezpieczeniowe nie może wynieść więcej niż 6000 PLN.
15. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia z tytułu Umowy Kredytu wyczonego przez Bank na Dzień zajścia Zdarzenia oraz w przypadku wypłaty Świadczenia w związku ze Zdarzeniem jakie zaszło w okresie Kontynuacji Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) Ubezpieczony,
 - 2) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - 3) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 4) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 5) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 6) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi bezpośrednio lub za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej, np. na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączając do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 10 niniejszego Artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego, 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 ubezpieczeniowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie ubezpieczeniowe w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego Artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia ubezpieczeniowego lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia ubezpieczeniowego, 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 ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego Artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. W przypadku, gdy Świadczenie ubezpieczeniowe przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunki bankowe Uposażonych w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.

art. 12

10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> - odpis aktu zgonu Ubezpieczonego; - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokołów sekcji zwłok itp. - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna)
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych OWU; - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna)
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiecie operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania, - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego, - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia, - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna)
Czasowa niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> - 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, - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy – dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku), - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna) <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - 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; - dokumentacja medyczna potwierdzająca 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
Utrata pracy	<ul style="list-style-type: none"> - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy, - zaświadczenie o źródle dochodów w Dniu zajścia Zdarzenia (np. kopia umowy o pracę), - zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych, - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego. <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz Statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu
Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> - 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); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna) <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).



Zdarzenie	Wyłączenia
	Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:
Zgon	<ul style="list-style-type: none"> a) następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, b) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, c) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, d) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość
Trwała i całkowita niezdolność do pracy oraz Czasowa niezdolność do pracy	<ul style="list-style-type: none"> a) następstwami i konsekwencjami wypadków lub chorób rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, b) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, c) próbą samobójstwa, d) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, e) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności, f) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym, w odniesieniu do Czasowej niezdolności do pracy, g) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość
Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	<ul style="list-style-type: none"> a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, b) usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa, c) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> a) następstwami i konsekwencjami chorób lub wypadków, rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia; b) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa; c) samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
Utrata pracy	<ul style="list-style-type: none"> a) rozwiązaniem przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, 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 §1 Kodeksu Pracy; b) rozwiązaniem stosunku służbowego, umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika, z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy; c) rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę 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) wygaśnięciem umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte; e) rozwiązaniem stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej.

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

- Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
- 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.).
- 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.).

ROZPATRYWANIE SKARG

- 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.
- 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 w 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.
- W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie od-

powiedzi 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.

- W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
- Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
- Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
- 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.
- Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
- Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
- 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.
- Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

SYSTEM MONETARNY

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



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce
pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa



Telefon: +48 22 529 17 62
Fax: +48 22 529 01 01



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



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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie NESTBANK/CASHCPL_3_10/2017 zatwierdzone przez odpowiednio Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. oraz Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce wchodzi w życie z dniem 08 lutego 2017 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Pascal Perrier –
Członek Zarządu oraz Dyrektor Oddziału



**Kontakt
z nami**

Załącznik do OWU - Tabela przedstawia wysokości składek odpowiadających poszczególnym Świadczeniom

Nazwa Pakietu	Okres ubezpieczenia	Stawka za Pakiet	Zgon	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku	RYZKA WCHODZĄCE W SKŁAD PAKIETU		
						Jedno spośród wymienionych Zdarzeń, w zależności od źródła dochodu uzyskiwanego przez Ubezpieczonego na Dzień zajścia Zdarzenia:		
						Utrata pracy	Czasowa niezdolność do pracy	Poważne zachorowanie
Pakiet 1	PIERWOTNY OKRES UBEZPIECZENIA							
	Zgodny z okresem kredytowania	0,210%	0,20629%	0,00194%	0,00177%			
	Skrócony - 24 miesiące	0,285%	0,28129%	0,00301%	0,00070%			
	Skrócony - 36 miesięcy	0,288%	0,28429%	0,00307%	0,00064%			
	KONTYNUACJA OKRESU UBEZPIECZENIA							
Okres miesięczny odnawialny	0,419%	0,41367%	0,00365%	0,00168%				
Pakiet 2	PIERWOTNY OKRES UBEZPIECZENIA							
	Zgodny z okresem kredytowania	0,240%	0,229970%	0,001950%	0,000700%	0,003620%	0,002330%	0,001430%
	Skrócony - 24 miesiące	0,310%	0,301440%	0,003030%	0,000700%	0,001670%	0,001050%	0,002110%
	Skrócony - 36 miesięcy	0,317%	0,308500%	0,003110%	0,000650%	0,001570%	0,001010%	0,002160%
	KONTYNUACJA OKRESU UBEZPIECZENIA							
Okres miesięczny odnawialny	0,465%	0,450580%	0,003690%	0,001690%	0,003410%	0,002730%	0,002900%	

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., pl. Piłsudskiego 2, Warszawa 00-073, tel.: 801 801 111, 22 319 00 00 23, fax: 22 529 01 01, e-mail: obsługa@cardif.pl

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy. Kapitał Akcyjny wynosi 30 000 000 złotych i jest w pełni opłacony. KRS 0000048866, NIP: 525-20-30-109

Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, pl. Piłsudskiego 2, Warszawa 00-073, tel.: 801 801 111, 22 319 00 00, fax: 22 529 01 01, e-mail: obsługa@cardif.pl

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy. Kapitał zakładowy zagranicznego zakładu ubezpieczeń Cardif Assurances Risques Divers Societe Anonyme S.A. wg. prawa francuskiego, który utworzył oddział, wynosi 12.480.000,00 euro i jest w pełni opłacony. KRS: 0000026002, NIP: 526-25-57-344