

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW o indeksie VW/CARCPI_3_2.3/2015

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 2 ust. 3
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 14 ust. 1 pkt 1 i 2, ust. 2 pkt 1, ust. 5 pkt 1, art. 4 ust. 2 pkt 2, 3, 4, art. 11 ust. 6
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 14
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	art. 9
5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	nie dotyczy



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem VW/CARCPI_3_2.3/2015 stanowią integralną część:

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

art. 1

DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie VW/CARCPI_3_2.3/2015 (dalej zwanych: „OWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy Ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **Agent – Volkswagen Bank Polska S.A.** z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 00-124, Rondo ONZ 1, wykonujący w imieniu i na rzecz Ubezpieczyciela czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego polegające w szczególności na zawieraniu i obsłudze ubezpieczeń, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance, o których mowa w Artykule 12;
- 3) **„Choroba”** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 4) **Działalność gospodarcza** – oznacza prowadzenie działalności gospodarczej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej we własnym imieniu, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego;
- 5) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
- 6) **Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia** – dzień podpisania Wniosko-polisy przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
- 7) **Dzień zajścia zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu - za dzień zajścia Niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego; w przypadku osób fizycznych prowadzących własną Działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania Działalności gospodarczej z odpowiedniej ewidencji;
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** oraz **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - e) 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 lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
- 8) **Harmonogram** – pierwszy harmonogram obowiązujący w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia wystawiony imiennie dla danego Kredytobiorcy, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych należnych Rat kredytu z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej Raty kredytu.
- 9) **Kredyt** – kwota zobowiązania wynikająca z umowy zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na mocy której Kredytodawca zobowiązuje się oddać do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony kwotę środków pieniężnych z przeznaczeniem na ustalony cel, a Kredytobiorca zobowiązuje się do zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu na warunkach określonych w umowie.
 - a) Kredyt standardowy – kredyt, którego raty spłacane są miesięcznie, zgodnie z Harmonogramem,;
 - b) Kredyt z ratą balonową – kredyt, w którym Harmonogram spłaty oprócz rat kapitałowo-odsetkowych placonych cyklicznie przewiduje dodatkowo spłatę raty balonowej (czyli części kapitału lub kapitału i odsetek) na koniec okresu kredytowania;
 - c) Kredyt z rocznymi ratami – kredyt, w którym Harmonogram prze-

widuje cykliczne spłaty rat co 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia Umowy kredytu.

- 10) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną Działalność gospodarczą, będąca rezydentem, nierezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu
- 11) **Kredytodawca (Bank)** – Volkswagen Bank Polska S.A. udzielający kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 12) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 13) **Niezdolność do pracy** – stan niesprawności spowodowany Nieszczęśliwym wypadkiem uniemożliwiający Ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy, podejmowanie jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie oraz ze względu na niemożność samodzielnej egzystencji wymagający stałej lub długotrwałej opieki innej osoby, trwający przez okres co najmniej 6 miesięcy od daty wypadku, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 14) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 15) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej oraz wygasający zgodnie z Artykułem 4 ust. 5;
- 16) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy oraz do samodzielnej egzystencji na okres co najmniej 6 miesięcy (orzeczenia na okresy krótsze niż 6 miesięcy nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS lub wyrok sądu;
- 17) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
- 18) **Ośrodek** – placówki, zakłady, centra, oddziały, pododdziały, kliniki oraz wszelkie inne podmioty, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezależnie od stosowanego nazewnictwa oraz przynależności administracyjnej lub organizacyjnej;
- 19) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 20) **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;
- 21) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopnia CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia



- określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
- c) **udar mózgu** – nagle w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczywienia 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 wszczępienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po poprzedniej 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;
- 22) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy cyklicznie za dany okres trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie;
- 23) **Saldo zadłużenia** – aktualne na Dzień zajścia zdarzenia zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia zdarzenia, z wyłączeniem odsetek karnych oraz innych należności;
- 24) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy Ubezpieczenia lub wykonywania przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 25) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
- 26) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako osoba bezrobotna zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego uprawniający do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 27) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 28) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24-godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarzką i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsce szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną;
- 29) **Świadczenia Assistance** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu w zakresie, o którym mowa w Artykule 12 niniejszych OWU.
- 30) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU) w przypadku zajścia zdarzenia Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu w Szpitalu, w zależności od rodzaju Kredytu, równa:
 - a) w przypadku Kredytów standardowych – Racie kredytu zgodnie z Harmonogramem,
 - b) w przypadku Kredytów z ratą balonową – Racie kredytu zgodnie z Harmonogramem, jednak jeżeli miesięczne świadczenie do wypłaty będzie przypadać zgodnie z Harmonogramem na ratę balonową to wysokość tego świadczenia będzie równa przedostatniej Racie kredytu określonej zgodnie z Harmonogramem,
 - c) w przypadku Kredytów z rocznymi ratami – wartości Kredytu wraz z odsetkami umownymi, wskazanej w Harmonogramie załączonym do Umowy kredytu, podzielonej przez liczbę miesięcy trwania Kredytu;
- 31) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 32) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę Ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki ubezpieczeniowej;
- 33) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU wskazany we Wniosko-polisie;
- 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 ryzyk: Zgonu, Niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Poważnego zachorowania, lub
 - b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, w zakresie ryzyk: Utraty pracy oraz zapewnienia dostępu do Świadczeń Assistance;
- 35) **Umowa kredytu** – umowa o Kredyt zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 36) **Umowa Ubezpieczenia** – umowa zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., a Ubezpieczającym oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, a Ubezpieczającym;
- 37) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosko-polisie lub określona w niniejszych OWU, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 38) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wniosko-polisie, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
- 39) **Utrata pracy** –
 - a) **w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia** – zdarzenie skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego, rozumiane jako rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego lub umowy zlecenia zawartych na czas nieokreślony, określony dłuższy niż czas trwania Umowy kredytu lub na czas wykonania określonej pracy z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty kredytu zgodnie z Harmonogramem, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w OWU;
 - b) **w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą** – wyrejestrowanie działalności gospodarczej spowodowane przyczynami ekonomicznymi, tj. w sytuacji, gdy:
 1. w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie ubezpieczeniowe, przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, Działalność gospodarcza przynosiła straty, lub;
 2. łączny skumulowany wynik za ostatnie 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie jest ujemny, lub;
 3. osoba prowadząca Działalność gospodarczą rozwiązała umowę z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów w ciągu ostatnich 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie,
a nadto Ubezpieczony prowadził Działalność gospodarczą co najmniej 24 miesiące oraz uzyskał Status bezrobotnego i nabył prawo do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wy-



- mienionych w OWU;
- 40) **Wniośko-polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
 - 41) **Współkredytobiorca** – podmiot inny niż Kredytobiorca, będący stroną Umowy kredytu. Zapisy dotyczące Kredytobiorcy stosuje się odpowiednio do Współkredytobiorcy;
 - 42) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
 - 43) **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 zależy od Pakietu ubezpieczenia wskazanego we Wniośko-polisie.
3. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Pakiet A 1:**
 - a) Zgon,
 - b) Niezdolność do pracy,
 - c) Poważne Zachorowanie,
 - d) Pobyt w Szpitalu,
 - e) Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) Świadczenia Assistance.
 - 2) **Pakiet A 2:**
 - a) Zgon,
 - b) Niezdolność do pracy,
 - c) Pobyt w Szpitalu,
 - d) Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - e) Świadczenia Assistance.
 - 3) **Pakiet A 3:**
 - a) Zgon,
 - b) Pobyt w Szpitalu,
 - c) Utrata pracy albo Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) Świadczenia Assistance.
4. W zależności od statusu zatrudnienia aktualnego na Dzień zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczony objęty jest ochroną z tytułu:
 - **Utraty pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub gdy uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony dłuższy niż czas trwania Umowy kredytu lub z tytułu kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia zawartych na czas wykonania określonej pracy z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty Kredytu zgodnie z Harmonogramem, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo;
 - **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku osób niekwalifikujących się do zakresu ochrony z tytułu Utraty pracy, o której mowa powyżej.
5. Niezależnie od wybranego Pakietu Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance.
6. W razie wystąpienia Zdarzenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na:
 - 1) wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń zawartych w OWU, Świadczenia w wysokości określonej w Artykule 11, oraz;
 - 2) organizacji i pokryciu kosztów usług określonych Artykule 12 w przypadku Świadczeń Assistance.

art. 3

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy kredytu, 72 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - 1) podpisał Wniośkopolisę;
 - 2) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu na kwotę, przypadającą do spłaty proporcjonalnie na jednego Kredytobiorcę lub Współkredytobiorcę, nie większą niż 250.000 PLN (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych kredytów w Banku, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400.000 PLN;

- 3) jako Ubezpieczający opłacił Składkę ubezpieczeniową.
3. Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu może zostać objętych maksymalnie czterech Kredytobiorców.
4. Z zastrzeżeniem ust 3 powyżej, jeżeli do Umowy kredytu przystępuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie te osoby, po spełnieniu wymogów określonych w ust. 1 i 2 pkt 1 i 2 niniejszego Artykułu.
5. Na podstawie indywidualnej zgody Ubezpieczyciela wydanej w formie pisemnej przed zawarciem Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona na warunkach innych niż określone w OWU.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Artykułu.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
 - 1) w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu lub Niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku oraz Świadczeń Assistance;
 - 2) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu powstałego w wyniku Choroby;
 - 3) dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania oraz Utraty pracy w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego;
 - 4) sto osiemdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą.
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłaconą Składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami art. 9.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.
5. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia trwającego maksymalnie 84 miesiące – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 2) w dniu Zgonu Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 3) w dniu wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 4) w dniu wypłaty łącznie 12 Świadczeń miesięcznych z tytułu Utraty pracy i Pobytu w Szpitalu – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy oraz Pobytu w Szpitalu w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 5) w dniu wypłaty łącznie 12 Świadczeń miesięcznych z tytułu Pobytu w Szpitalu i Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 6) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 72 lata - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 7) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat – w odniesieniu do ochrony z ryzyka Utraty pracy - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 8) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia złożonym przez Ubezpieczającego – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 9) z dniem skutecznego odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 10) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 11) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu – w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 4

WYPowiedzenie Ochrony Ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi, za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy Ubezpieczenia.

art. 5



OBOWIĄZKI UBEZPIEZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w OWU oraz we Wniosko-polisie.

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń oraz zapewnienia dostępu do Świadczeń Assistance w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia) Ubezpieczony (lub inny uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta o zmianie swoich danych osobowych.
3. W celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wydania przez Ubezpieczyciela zgody na objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim, na koszt Ubezpieczyciela u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań udzielone Ubezpieczycielowi będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.
5. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty świadczenia.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wniosko-polisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości udzielonego Kredytu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki Ubezpieczeniowej w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu lub Niezdolności do pracy równa jest Saldu zadłużenia, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6 niniejszego Artykułu.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania równa jest, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6 niniejszego Artykułu:
 - 1) w przypadku kredytów standardowych – 6-krotności Raty kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia zdarzenia zgodnie z Harmonogramem, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie zgodnie z tym Harmonogramem, licząc od dnia zajścia Poważnego zachorowania;
 - 2) w przypadku kredytów z ratą balonową – 6-krotności Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia zdarzenia, zgodnie z Harmonogramem, jednak nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie zgodnie z tym Harmonogramem. W przypadku, gdy w Harmonogramie występuje rata balonowa, jej kwota nie jest podstawą do ustalenia wysokości sumy ubezpieczenia;
 - 3) w przypadku kredytów z rocznymi ratami – 6-krotności kwoty wynikającej z ilorazu sumy kwoty kredytu wraz z odsetkami zgodnie z Harmonogramem oraz liczby miesięcy trwania kredytu.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje zgodnie z Art. 2 ust. 4 ochrona z tytułu Utraty pracy, Suma ubezpieczenia dla obu ryzyk łącznie: Utraty pracy i Pobytu w Szpitalu równa jest:

- 1) równowartości 6 świadczeń miesięcznych w okresie 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie może przekroczyć kwoty 18.000 PLN;
- 2) równowartości 12 świadczeń miesięcznych w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie może przekroczyć kwoty 36.000 PLN.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje zgodnie z Art. 2 ust. 4 ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, suma ubezpieczenia dla obu ryzyk łącznie: Pobytu w Szpitalu i Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku równa jest:
 - 1) równowartości 6 świadczeń miesięcznych w okresie 12 miesięcy trwania Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie może przekroczyć kwoty 18.000 PLN;
 - 2) równowartości 12 świadczeń miesięcznych w całym okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie może przekroczyć kwoty 36.000 PLN.
5. W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną ubezpieczeniową z danej Umowy Ubezpieczenia, na dzień zajścia zdarzenia.
6. Suma ubezpieczenia nie może być większa niż 250.000 PLN, z zastrzeżeniem Art. 3. ust. 4.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem w ramach Pakietu A1, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku Zgonu Ubezpieczonego – 70% Sumy ubezpieczenia na wypadek Zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - 2) w przypadku Niezdolności do pracy Ubezpieczonego – 70% Sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - 3) w przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczonego – Sumie ubezpieczenia na wypadek Poważnego Zachorowania, której wysokość określona jest w Artykule 10.
2. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach Pakietu A2, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku Zgonu Ubezpieczonego – 80% Sumy ubezpieczenia na wypadek Zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10;
 - 2) w przypadku Niezdolności do pracy Ubezpieczonego – 80% Sumy ubezpieczenia na wypadek Niezdolności do pracy, której wysokość określona jest w Artykule 10.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną w ramach Pakietu A3, Ubezpieczyciel wypłaci w przypadku Zgonu Ubezpieczonego Świadczenie równe 100% Sumy ubezpieczenia na wypadek Zgonu, której wysokość określona jest w Artykule 10.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje, zgodnie z Art. 2 ust. 4, ochrona z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku Utraty pracy – Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z Artykułem 1 ust. 30). przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie odpowiednio: 6 lub 12 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem Artykułu 10 ust. 3.
 - 2) W przypadku Pobytu w Szpitalu – Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z Artykułem 1 ust. 30). przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 lub 12 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem Artykułu 10 ust. 3.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje, zgodnie z Art. 2 ust. 4, ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe:
 - 1) w przypadku Pobytu w Szpitalu – Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z Artykułem 1 ust. 30). przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie odpowiednio: 6 lub 12 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem Artykułu 10 ust. 4.
 - 2) W przypadku Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku – Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z Artykułem 1 ust. 30). przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego zdarzenia Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 6 lub 12 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem Artykułu 10 ust. 4.



6. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego w okresie 28 dni od dnia zajścia Poważnego zachorowania Świadczenie z tytułu Zgonu Ubezpieczonego zostanie pomniejszone o kwotę Świadczenia wypłaconego z tytułu Poważnego zachorowania, jeżeli Zgon był następstwem Poważnego zachorowania.
7. W przypadku Utraty pracy, po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych Ubezpieczyciel wypłaci:
 - 1) dla Kredytu standardowego i Kredytu z ratą balonową – pierwsze Świadczenie miesięczne określone w Artykule 1 ust 30) w wysokości Raty kredytu przypadającej do spłaty, zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 30 dniach nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
 - 2) dla Kredytu z rocznymi ratami – pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w Artykule 1 ust 30) po tych 30 dniach nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
8. W przypadku, gdy po upływie 30 dni, o których mowa w ust. 7 Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego oraz prawo do zasiłku dla bezrobotnych, Ubezpieczyciel wypłaci po każdym kolejnych 30 dniach nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych:
 - 1) dla Kredytu standardowego i Kredytu z ratą balonową – Świadczenie miesięczne, określone w Artykule 1 ust 30) w wysokości raty kredytu przypadającej do spłaty, zgodnie z Harmonogramem, po tych 30 dniach posiadania Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych.
 - 2) dla Kredytu z rocznymi ratami – Świadczenie miesięczne, określone w Artykule 1 ust 30).
9. W przypadku Pobytu w Szpitalu, po upływie 3 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci:
 - 1) dla Kredytu standardowego i Kredytu z ratą balonową – pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w Artykule 1 ust 29) w wysokości Raty kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
 - 2) dla Kredytu z rocznymi ratami – pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w Artykule 1 ust 30), po tych 3 dniach Pobytu w Szpitalu.
10. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu ulega przedłużeniu, Ubezpieczyciel wypłaci po każdym kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu:
 - 1) dla Kredytu standardowego i Kredytu z ratą balonową – Świadczenie miesięczne określone w Artykule 1 ust 29) w wysokości raty kredytu przypadającej do spłaty zgodnie z Harmonogramem po tych 30 dniach Pobytu w Szpitalu.
 - 2) dla Kredytu z rocznymi ratami – Świadczenie miesięczne określone w Artykule 1 ust 30).
11. W przypadku, gdy w okresie, za który Ubezpieczonemu przysługuje prawo do otrzymania Świadczenia zarówno z tytułu Poważnego zachorowania, jak również z tytułu Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (oraz Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci należne Świadczenie z tytułu zajścia każdego z powyższych zdarzeń, zgodnie z ustaleniami zawartymi w Artykule 10 oraz 11 OWU.
12. W przypadku świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej więcej niż jednemu Ubezpieczonemu w ramach jednej Umowy kredytu, wysokość Świadczeń określonych w niniejszym artykule dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zajścia zdarzenia.
13. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) współmałżonek Ubezpieczonego,
 - 2) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - 4) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - 5) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
- 1) **pomoc psychologa** – Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 PLN. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym.
- 2) **pomoc w przygotowaniu CV i listu motywacyjnego** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysłał do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 - b) wzór listu motywacyjnego (LM);
- 3) **tłumaczenie CV i listu motywacyjnego na język angielski** – Ubezpieczyciel w terminie 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do firmy specjalizującej się w tłumaczeniu dokumentów na język angielski, która po otrzymaniu w/w dokumentów rozpocznie proces tłumaczenia dokumentów na język angielski. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczenia usługi tłumaczenia CV i listu motywacyjnego na język angielski przez okres 6 miesięcy licząc od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego i maksymalnie 4 razy w roku.
- 4) **pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biura pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6 miesięcy liczoną od dnia zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) **organizacja usług z zakresu doradztwa personalnego** – Całodobowo przekazywanie informacji na temat:
 - a) efektywnych systemów motywacyjnych, wartościowania stanowisk, konstrukcji, siatek płac, budowy systemów premii, konstruowania pakietów świadczeń,
 - b) formułowania strategii i polityki personalnej,
 - c) ryzyka inwestycyjnego w dziedzinie zarządzania kapitałem ludzkim,
 - d) atrakcyjnych szkoleń dla pracowników,
 - e) wiz i pozwoleń na pracę,
- 6) **infolinia dotycząca prawa pracy** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - d) rejestracja w urzędzie pracy;
 - e) kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej.
- 7) **zestaw materiałów informacyjnych dotyczących m.in. tworzenia CV i listu motywacyjnego oraz rozmowy rekrutacyjnej** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego do Centrum operacyjnego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysłał do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące przygotowania CV;
 - b) instrukcje dotyczące przygotowania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania);
 - c) instrukcje dotyczące przygotowywania się do rozmowy rekrutacyjnej.

art. 12 ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. W przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego oraz Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonemu przysługuje dostęp do Świadczenia Assistance.
2. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczonemu przysługuje w ramach Świadczenia Assistance organizacja poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej podanych limitów w odniesieniu do jednego Zdarzenia:
 3. W przypadku Pobytu w Szpitalu Ubezpieczonemu przysługuje w ramach Świadczenia Assistance organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po Pobycie w Szpitalu trwającym nieprzerwanie co najmniej 3 dni. Ubezpieczony zobowiązany jest przedstawić pisemne zalecenie lekarza prowadzącego, stwierdzające konieczność opieki pielęgniarskiej



nad Ubezpieczonym (np. zalecenie na karcie wypisu ze Szpitala). Usługa świadczona jest w wymiarze 10 godzin na jedno i wszystkie Zdarzenia w okresie 12 miesięcy.

4. Świadczenia Assistance organizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego, w przypadku zaistnienia Zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do Świadczeń Assistance. Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu (+48) 22 591 95 24.
5. Ubezpieczony, kontaktując się z Centrum operacyjnym, zobowiązany jest podać następujące informacje:
 - 1) Numer Umowy kredytu,
 - 2) Numer PESEL,
 - 3) Imię i nazwisko,
 - 4) Adres zamieszkania,
 - 5) Numer telefonu do kontaktu,
 - 6) Inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług
 - 7) oraz opisać rodzaj oczekiwanej pomocy.

- odpis aktu Zgonu Ubezpieczonego;
- dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta Zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.

2) w przypadku **Niezdolności do pracy**:

- pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
- odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu OWU;
- 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).

3) w przypadku **Utraty pracy**:

- pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy – w odniesieniu do osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia;
- zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą, od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- oświadczenie Ubezpieczonego o zaprzestaniu prowadzenia Działalności gospodarczej (w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą):
 - a) z powodu ponoszenia strat w okresie ostatnich 12 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie przez co najmniej 6 miesięcy w okresie trwania Ochrony ubezpieczeniowej lub
 - b) w przypadku, gdy łączny skumulowany wynik z prowadzonej Działalności gospodarczej za ostatnie 6 miesięcy, bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie, prowadzenia Działalności gospodarczej jest ujemny lub
 - c) z powodu rozwiązania umowy z głównym zleceniodawcą, który zapewniał co najmniej 60% wszystkich przychodów Działalności gospodarczej w ciągu ostatnich 6 miesięcy bezpośrednio poprzedzających Zdarzenie,wraz z dołączonymi dokumentami potwierdzającymi opisaną przyczynę zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej (np.: księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia);

- zaświadczenie o wykreśleniu wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości – w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą;
- ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia.

4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:

- pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

art. 13

SPÓSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście zdarzenia ubezpieczeniowego w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników 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, poświadczane przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie, w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - 1) w przypadku **Zgonu**:
 - pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;



- 5) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
 - 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.
- 6) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia;
 - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
 - 1) w przypadku **Utraty pracy**:
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
 - 2) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - 3) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego).
- 2) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 4) próby samobójstwa
- 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 6) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
- 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,
- 8) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten związany był z:
 - 1) przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala,
 - 2) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności,
 - 3) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt ten został spowodowany lub zaszedł wskutek:
 - 1) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 4) uprawiania niebezpiecznych sportów, niezależnie od formy ich uprawiania, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 6) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.
5. W przypadku **Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub nastąpiło wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

art. 14 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpieczonego został spowodowany lub nastąpił wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji wypadków lub chorób stwierdzonych przez lekarza lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia w przypadku, gdy zdarzenie objęte ochroną wystąpi w ciągu pierwszych 24 miesięcy od daty objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 4) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 5) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 6) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,
 - 8) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
2. W przypadku **Niezdolności do pracy** oraz Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Niezdolność do pracy lub Pobyt w Szpitalu została spowodowana lub nastąpiła wskutek:
 - 1) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia.



- stującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
6. Prawo do otrzymania Świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego **Nowotworu złośliwego (raka)** nie przysługuje w przypadku, jeśli:
 - 1) przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - 2) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak)
 7. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
 - 1) w odniesieniu do osób fizycznych:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie 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) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę lub zleceniodawcę odpowiednio stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu kontraktu menedżerskiego, umowy zlecenie lub przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie z upływem okresu na jakie były zawarte;
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 90 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
 - 2) w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą:
 - a) usiłowania popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - b) zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego z innych powodów niż ekonomiczne;
 - c) zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 180 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
 8. W przypadku Świadczeń **Assistance** dla osób, które Utraciły pracę, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata pracy nastąpiła:
 - 1) przed Dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia,
 - 2) w związku z popełnieniem przestępstwa w rozumieniu Ustawy Kodeks Karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego,
 - 3) w związku z próbą samobójczą, umyślnym samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 4) w związku z wygaśnięciem umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenia.

ROZPATRYWANIE SKARG

1. 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.
2. 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
3. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez osobę składającą Skargę.
4. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę, zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi przez Ubezpieczyciela.
5. 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.
6. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 2 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5 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.
8. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
9. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
10. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
11. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skargi udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Kredytobiorców o indeksie VW/CARCPI_3_2.3/2015 zatwierdzone przez odpowiednio:
 - Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 28.11.2014 roku, zmienione uchwałą z dnia 21 grudnia 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 01 stycznia 2016 roku z późniejszymi zmianami;
 - Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 28.11.2014 roku, zmienione uchwałą z dnia 21 grudnia 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 01 stycznia 2016 roku z późniejszymi zmianami.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

