

SZCZEGÓLNE WARUNKI E-UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE BGŻBNPP/ECONSUMER_5_2.1/2018

Drogi Kliencie,

zachęcamy Cię do zapoznania się z dokumentem, dzięki któremu dowiesz się, co obejmuje Twoje ubezpieczenie oraz w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie.

Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności, czyli sytuacje, których wystąpienie spowoduje, że nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.

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

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	ART. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 4 UST. 1, ART. 13

Szczegółne Warunki E-Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie BGŻBNPP/EConsumer_5_2.1/2018 (dalej zwane SWU) stosuje się do umów ubezpieczenia:

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

Terminy, których używamy w treści SWU i w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia.

- 1) **Agent** - Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01-211), ul. Kasprzaka 10/16, który wykonuje 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 tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność wykonywania przez Ubezpieczonego pracy stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca z tej samej przyczyny (chorobowej lub wypadkowej) nieprzerwanie, co najmniej 30 dni, potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim i uprawniająca do pobierania wynagrodzenia chorobowego lub zasiłku chorobowego;
- 4) **Deklaracja ubezpieczeniowa** – wyrażone w formie elektronicznej oświadczenie woli Kredytobiorcy, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia;
- 5) **Dzień przystąpienia do ubezpieczenia** – dzień złożenia Ubezpieczającemu przez Ubezpieczonego Deklaracji ubezpieczeniowej;
- 6) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia kredytu, nie wcześniej niż dzień następujący po Dniu przystąpienia do ubezpieczenia;
- 7) **Dzień zajścia Zdarzenia:**
 - a. w przypadku Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b. w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim;
 - c. w przypadku Utraty pracy – dzień rozwiązania stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego, wskazany w dokumencie;
 - d. w przypadku Pobytu w Szpitalu, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją medyczną/ szpitalną;
 - e. w przypadku Poważnego zachorowania, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - a) dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania przez lekarza diagnozy, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem wskazanym w niniejszych SWU;
 - b) dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - c) dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców;
- 8) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
- 9) **Kredytodawca (Bank)** - Bank BGŻ BNP Paribas Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (01-211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
- 10) **Nieszczęśliwy wypadek (NW)** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 11) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w SWU;
- 12) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie dłuższy niż 36 miesięcy;
- 13) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 14) **Pakiet** – jeden z wymienionych w Art. 2 pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej świadczonej Ubezpieczonemu;
- 15) **Pierwotny harmonogram spłat** – harmonogram spłat Rat kredytu, zawarty w Umowie kredytu w dniu jej sporządzenia, uwzględniający wysokość oraz terminy spłat Rat kredytu;
- 16) **Pobyt w Szpitalu** – udokumentowany, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 5 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 17) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – udokumentowany, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 18) **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



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie SWU

- tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania IA (Stage IA) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
- b. **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - c. **udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwale uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar 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 biocy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
 - serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
 - szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biocy. Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
- 19) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
 - 20) **Saldo zadłużenia** – aktualne na Dzień zajścia Zdarzenia zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Pierwotnego harmonogramu spłat, obejmujące w szczególności kapitał oraz odsetki umowne oraz kwotę kredytowanej Składki;

- 21) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym przystąpienia do Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 22) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej;
- 23) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 24) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w SWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 25) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca Szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; definicja Szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia 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
- 26) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu, w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 27) **Ubezpieczający** – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia;
- 28) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową;
- 29) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach SWU, tj. odpowiednio:
 - a. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ryzyka Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważnego zachorowania, Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu oraz Pobytu w Szpitalu w następstwie 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;
- 30) **Umowa kredytu** – umowa kredytu ratalnego albo opcja spłaty w ratach transakcji dokonanej w ramach limitu kredytowego w karcie kredytowej przyznana na podstawie zaakceptowanej przez Kredytobiorcę oferty promocyjnej Kredytodawcy wskazana w Deklaracji ubezpieczeniowej i zgodna z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy.
- 31) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym;
- 32) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu: Zgonu i Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 33) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego w Deklaracji ubezpieczeniowej albo określona w SWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych niż Zgon i Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
- 34) **Utrata pracy** – zdarzenie skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego, zawartych na czas nieokreślony lub określony (z terminem rozwiązania przypadającym w dniu lub po dniu zakończenia Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 35) **Wcześniejsza spłata kredytu** – spłata przez Ubezpieczonego całości zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed terminem określonym w Pierwotnym harmonogramie spłat;
- 36) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w SWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 37) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 38) **Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, a pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego występuje związek przyczynowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

Nazwa Pakietu	Zgon	Zgon w następstwie NW	Pobyt w Szpitalu	Pobyt w szpitalu w następstwie NW	Poważne zachorowanie	Utrata pracy	Czasowa niezdolność do pracy
Pakiet standardowy							
Pakiet klasyczny							
Pakiet optymalny							
Pakiet adekwatny							
Pakiet wygodny							
Pakiet dopasowany							

3. W Pakiecie wygodnym i Pakiecie dopasowanym Ubezpieczony objęty jest Ochroną ubezpieczeniową w zależności od aktualnego, na dzień zajścia zdarzenia, źródła dochodu:
 - a. z tytułu **Czasowej niezdolności do pracy** w przypadku Ubezpieczonego, który uzyskuje dochód z tytułu:
 - działalności rolniczej,
 - działalności gospodarczej,
 - umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego lub kontraktu managerskiego zawartej na czas określony, o ile jest ona zawarta na czas krótszy niż czas trwania Umowy kredytu (zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat),
 - umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego lub kontraktu managerskiego zawartej na czas nieokreślony lub czas określony ale dłuższy lub równy Umowie kredytu (zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat) tylko w przypadku, gdy Ubezpieczony jednocześnie posiada gospodarstwo rolne odbierające mu prawo do uzyskania zasiłku dla bezrobotnych;
 - b. z tytułu **Utraty pracy** w przypadku Ubezpieczonego, który uzyskuje dochód z tytułu:
 - umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego lub kontraktu managerskiego zawartej na czas nieokreślony lub czas określony ale dłuższy lub równy Umowie kredytu (zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat) ;
 - c. z tytułu **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** w przypadku Ubezpieczonego, który nie podlega Ochronie ubezpieczeniowej z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
4. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

1. Do ubezpieczenia może przystąpić Kredytobiorca, który ukończył 18 lat i który nie ukończy 80 lat w dniu zakończenia Okresu ubezpieczenia.
2. Warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - a. złożył Deklarację ubezpieczeniową;
 - b. zawarł Umowę kredytu, na kwotę nie wyższą niż 20 000 PLN, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych mu kredytów w Banku, przy zawieraniu, których został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400 000 PLN.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem, że dla niżej wymienionych ryzyk rozpoczyna się on po 30 dniach od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej:
 - a. Czasowej niezdolności do pracy,
 - b. Utraty pracy,
 - c. Pobytu w Szpitalu (jeżeli nastąpił w następstwie Choroby),
 - d. Poważnego zachorowania.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej do końca trwania Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat, jednak nie dłużej niż 36 miesięcy.
3. W przypadku Wcześniejszej spłaty kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do ostatniego dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa przed końcem Okresu ubezpieczenia



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

Jak długo trwa Twoja ochrona?

w następujących przypadkach:

- w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania;
 - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 80 lat;
 - w odniesieniu do ryzyka Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy - w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat;
 - z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
 - w przypadku nieopłacenia w terminie Składki przez Ubezpieczającego, zgodnie z Umową ubezpieczenia;
 - w dniu rozwiązania przez Bank Umowy kredytu;
- w zależności, które z tych zdarzeń wystąpi jako pierwsze;
5. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel zwróci zapłaconą Składkę Ubezpieczającemu.

art. 5

REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym momencie jej trwania, składając Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego lub Agenta, pisemne oświadczenie o rezygnacji.
- Rezygnację uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel, również za pośrednictwem Agenta otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej.
- Rezygnacja z 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

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

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

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

art. 8

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

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

SKŁADKA

- Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w SWU oraz w Umowie ubezpieczenia.
- Składka za danego Ubezpieczonego opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty kredytu, liczby Rat kredytu oraz Pakietu (zakresu ubezpieczenia).
- W przypadku wcześniejszego wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za niewykorzystany okres Ochrony ubezpieczeniowej.

SUMY UBEZPIECZENIA

- Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu** równa jest Saldu zadłużenia, nie więcej niż 20 000 PLN.
- Suma ubezpieczenia z tytułu **Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** równa jest Saldu zadłużenia, nie więcej niż 20 000 PLN.
- Suma ubezpieczenia z tytułu **Poważnego zachorowania** równa jest sumie Salda zadłużenia i Świadczenia dodatkowego określonego w Art. 11, nie więcej niż 22 500 PLN.
- Łączna Suma ubezpieczenia z tytułu **Utraty pracy, Czasowej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** wynosi 24 000 PLN na cały Okres ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu** wynosi 24 000 PLN na cały Okres ubezpieczenia.

art. 10

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

- W przypadku Zgonu oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10, ust. 1 oraz 2.
- W przypadku Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, na które składać się będą:
 - kwota Salda zadłużenia, nie więcej niż 20 000 PLN oraz
 - kwota określona w poniższej tabeli – wypłacana Ubezpieczonemu (jej wysokość zależy od wybranego przez Ubezpieczonego Pakietu):

NAZWA PAKIETU	ŚWIADCZENIE DODATKOWE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
Pakiet standardowy	Brak ochrony z tytułu Poważnego zachorowania
Pakiet klasyczny	1 000 PLN
Pakiet optymalny	1 200 PLN
Pakiet adekwatny	1 200 PLN
Pakiet wygodny	2 000 PLN
Pakiet dopasowany	2 500 PLN

- W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
- W przypadku Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie po każdym 30 dniach nieprzerwanego pozostawiania Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy. Świadczenie równe jest wysokości Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
- Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy, nastąpi przed upływem 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy (z tej samej przyczyny) traktowany jest jako ciąg dalszy tego samego Zdarzenia, co skutkuje dalszą wypłatą Świadczeń zgodnie z postanowieniami ust. 4 tego Artykułu.
- Jeżeli kolejna Czasowa niezdolność do pracy, nastąpi po upływie 30 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu Czasowej niezdolności do pracy, wówczas ten kolejny okres Czasowej niezdolności do pracy traktowany jest jako nowe Zdarzenie, co skutkuje wypłatą pierwszego Świadczenia po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 4 tego Artykułu.
- W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie po każdym 30 dniach nieprzerwanego okresu przysługiwania Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego oraz prawa do zasiłku dla bezrobotnych. Świadczenie równe wysokości Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 30 dniach.
- W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości:
 - jednej Raty kredytu w ramach Pakietu standardowego,
 - dwukrotności Raty kredytu w ramach Pakietu wygodnego lub Pakietu dopasowanego,

art. 11

- przypadających do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
9. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 8 tego Artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości
 - a. jednej Raty kredytu w ramach Pakietu standardowego,
 - b. dwukrotności Raty kredytu w ramach Pakietu wygodnego lub Pakietu dopasowanego, przypadające do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
 10. W całym Okresie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń, bez względu na liczbę Zdarzeń, łącznie dla ryzyk Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2 000 PLN.
 11. W przypadku Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości Raty kredytu, przypadające do zapłaty bezpośrednio po 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
 12. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu przypadające do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
 13. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń w całym Okresie ubezpieczenia, bez względu na liczbę Zdarzeń - Pobytów w Szpitalu. Pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2 000 PLN.
 14. W przypadku, gdy należne Świadczenie przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualną na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - a. Ubezpieczony,
 - b. współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
 - c. w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego i współmałżonka,
 - d. w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka i dzieci,
 - e. w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego, współmałżonka, dzieci i rodziców,
 - f. spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

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. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
4. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 3 tego Artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 3 tego Artykułu.
5. Jeżeli w terminie określonym w ust. 3 lub 4 tego 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.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 3 i 4 tego Artykułu oraz Ubezpieczonego, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczonego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przekazem pocztowym lub przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż wyżej wymienione – Uprawnionemu.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów.

art. 12 SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia w formie pisemnej np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 tego Artykułu. Zawiadomienie o zajściu Zdarzenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami

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, protokół sekcji zwłok itp.) – jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Zdarzenia) – inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia; – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia
Zgon w następstwie NW	<ul style="list-style-type: none"> – odpis aktu zgonu Ubezpieczonego – dokument określający przyczynę Zgonu (np. karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze Szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.) – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku) – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia
Pobyt w Szpitalu	<ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (np. karta leczenia szpitalnego) – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku) – jeżeli Pobyt w Szpitalu nastąpił w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu (karta leczenia szpitalnego)

Pobyt w Szpitalu w następstwie NW	<ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (np. karta leczenia szpitalnego) – dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku) – zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę) – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie NW (karta leczenia szpitalnego)
Poważne zachorowanie	<ul style="list-style-type: none"> – dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań – jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np. raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku) – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia
Utrata pracy	<ul style="list-style-type: none"> – świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy – zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę) – zaświadczenie o uzyskaniu Statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia <p><u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – kopia zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzająca posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz Status bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu
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/ KRUS – zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia (np. kopia umowy o pracę) – zaświadczenie o posiadaniu gospodarstwa rolnego i jego powierzchni – dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (np. dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku) – dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego – inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia <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/KRUS – dokumentacja medyczna potwierdzająca kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej

art. 13 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia

ZDARZENIE	WYŁĄCZENIA
Zgon	<p>W przypadku Zgonu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia – 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 – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony – zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość
Zgon w następstwie NW	<p>W przypadku Zgonu w następstwie NW odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony – 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	<p>W przypadku Pobytu w Szpitalu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – następstwami i konsekwencjami Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia – 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 – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony – zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość – próbą samobójstwa – samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności – pobytem w Szpitalu związanym ze sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności – poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony
Pobyt w Szpitalu w następstwie NW	<p>W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie NW odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – 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 – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony – zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość – samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności
Poważne zachorowanie	<p>W przypadku Poważnego zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – następstwami i konsekwencjami Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony – zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość
Utrata pracy	<p>W przypadku Utraty pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – rozwiązaniem przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie Art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy – rozwiązaniem stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego, umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba, że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn dotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy – rozwiązaniem przez pracodawcę umowy o pracę kontraktu menedżerskiego z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło w następstwie długotrwałej choroby – rozwiązaniem stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia lub w okresie pierwszych 30 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej
Czasowa niezdolność do pracy	<p>W przypadku Czasowej niezdolności do pracy odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:</p> <ul style="list-style-type: none"> – następstwami i konsekwencjami Chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy przed Dniem przystąpienia do ubezpieczenia w przypadku, gdy Zdarzenie objęte Ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 12 miesięcy od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia – 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 – usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa – pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony – zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość – próbą samobójstwa – samookaleceniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności

1. Skargi mogą być składane w każdej chwili Ubezpieczycielowi pisemnie, w siedzibie Ubezpieczyciela, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011r. 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.

3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 tego Artykułu, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
5. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
6. 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.
7. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
8. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
9. 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.
10. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 15 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Opodatkowanie świadczeń

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. z 2012 r. poz. 361, z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z podatku zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wskazanej ustawie.
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.).

Rozstrzygnięcie sporów

4. W sprawach nieuregulowanych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
5. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
6. 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).
7. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowego rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

System monetarny

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

Pozostałe

9. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
10. 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.
11. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2013 poz. 392 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.
12. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
13. Niniejsze Szczególne Warunki E-Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców o indeksie BGŻBNPP/EConsumer_5_2.1/2018 wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2018 roku.

Dyrektor Oddziału
Pascal Perrier



✉ 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 09
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



Kontakt z nami