

OGÓLNE WARUNKI E-UBEZPIECZENIA SPŁATY ZADŁUŻENIA DO KREDYTU GOTÓWKOWEGO o indeksie SYGMA/CASH/CPI_3_2.1/2015

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje zakład ubezpieczeń do wypłaty świadczenia lub wartości wykupu ubezpieczenia.	art. 2 ust. 2
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 13 ust. 1 pkt 1, ust. 3 pkt 1 i 2, ust. 4 pkt 1
3. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 13
4. Wysokość składki i częstotliwości jej pobierania.	art. 9
5. Wysokości wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.	nie dotyczy
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje.	nie dotyczy



DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach E-Ubezpieczenia Spłaty Zadłużenia do Kredytu Gotówkowego o indeksie SYGMA/CASH/CPI_3_2.1/2015 (dalej zwane: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

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 w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
3. **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
4. **Dzień zajścia Zdarzenia** –
 - 1) w przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - 2) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - 3) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 4) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
 - a. dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w OWU;
 - b. dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
 - c. dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
5. **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień wskazany w Polisie stanowiący datę jej wydania, z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy kredytu;
6. **Harmonogram spłat** – przewidziane Umową kredytu w dniu jej zawarcia terminy spłat i wysokości Rat kredytu;
7. **Kredyt** – kredyt gotówkowy udzielany przez Kredytodawcę, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
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** – zdarzenie nagle, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
11. **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
12. **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa do końca trwania Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat, jednak nie dłużej niż 73 miesiące;
13. **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - 1) trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres równy lub dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
 - 2) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego, a także w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
14. **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
15. **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;
16. **Pakiet** – jeden z wariantów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
17. **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia obrażeń ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
18. **Polisa** – dokument w formie elektronicznej, wystawiony przez Agenta, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
19. **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
 - 1) **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 badaniami histopatologicznymi 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:
 - a. 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;
 - b. wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - c. 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.;
 - d. nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnowomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - e. wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - f. wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - g. choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - h. przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - 2) **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);
 - 3) **udar mózgu** – nagle, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wycieczki krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniami lekarskimi. 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 badaniami specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
 - 4) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być potwierdzona dokumentacją medyczną;



- 5) **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 wszczęcie 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;
- 6) **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 uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.
- Przeszczep lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być potwierdzone dokumentacją medyczną i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
20. **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Harmonogramie spłat, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
21. **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu, na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia, zgodnie z Harmonogramem spłat;
22. **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
23. **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
24. **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w OWU 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;
26. **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk (zgodnie z postanowieniami OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
27. **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku, uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu OWU;
28. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
29. **Ubezpieczony** – Ubezpieczający objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wniosku i Polisie;
30. **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 (00-073) – spółka wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000048866;
31. **Umowa kredytu** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą, a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
32. **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, na podstawie OWU;
33. **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczającego, uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
34. **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczającego albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych, niż: Zgon, Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
35. **Wiek** – liczba ukończonych lat życia;
36. **Wniosek** – dokument elektroniczny, zgodny ze wzorem Ubezpieczyciela, wyrażający wolę klienta na zawarcie Umowy ubezpieczenia. Wniosek przesyłany jest przez Agenta na wskazany przez klienta adres poczty elektronicznej.
- Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, 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 wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a Zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo-skutkowy.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

art. 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - Pakiet Biały:**
 - Zgon;
 - Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - Trwała i całkowita niezdolność do pracy;
 - Pakiet Zielony:**
 - Zgon;
 - Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - Trwała i całkowita niezdolność do pracy;
 - Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - Pakiet Niebieski:**
 - Zgon;
 - Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - Trwała i całkowita niezdolność do pracy;
 - Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - Poważne zachorowanie;
 - Pakiet Pomarańczowy:**
 - Zgon;
 - Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - Trwała i całkowita niezdolność do pracy;
 - Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - Poważne zachorowanie;
 - Dodatkowe świadczenie przy Poważnym zachorowaniu określone w art. 11 ust. 2.
- Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

art. 3

- Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia i którego Wiek łącznie z Okresem ubezpieczenia nie przekroczy 75 lat.
- Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
 - Wyraził wolę zawarcia Umowy ubezpieczenia poprzez akceptację Wniosku
 - zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu, w ramach której udzielona kwota Kredytu nie przekracza kwoty 20.000 PLN, z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych kredytów w Banku, przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 20.000 PLN;
 - jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

art. 4

- Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie do dnia, wskazanego w Harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3 niniejszego artykułu.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 9.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, trwającego maksymalnie 73 miesiące;
 - w dniu zgonu Ubezpieczonego;
 - w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności



- ści do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia;
- 4) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania w wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - 5) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - 6) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami art. 5;
 - 7) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
 - 8) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
 - 9) w dniu całkowitej spłaty Kredytu;
 - 10) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy kredytu; w zależności, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 5

WYPOWIEDZENIE I Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia, składając Ubezpieczycielowi, również za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o niniejszym odstąpieniu.
2. W przypadku odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 1, Umowa ubezpieczenia uznawana jest za niezawartą, a Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zwrotu wpłaconej Składki.
3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie trwania Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi, również za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie woli w tym zakresie.
4. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje z upływem okresu wypowiedzenia tj. z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia Agentowi jest równoznaczne z otrzymaniem tego oświadczenia przez Ubezpieczyciela.
5. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w OWU, Wniosku oraz Polisie.

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badań lekarskich w celu przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osobowych 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 które wnioskowały o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

art. 8

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), udostępnionym mu przez Agenta.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia może stanowić 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.

art. 9

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na

zasadach wskazanych w OWU oraz w Polisie.

2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz wybranego Pakietu (zakresu ubezpieczenia).
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sum ubezpieczenia z tytułu: **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** jest równa kwocie Salda zadłużenia, przy czym nie wyższa niż 20.000 PLN, w ramach jednej Umowy kredytu.
2. Dla Ubezpieczonych w ramach Pakietu Pomarańczowego, Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania powiększana jest o Świadczenie wskazane w art. 11 ust. 2.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** wynosi równowartość 12 Rat kredytu (w rozumieniu OWU) w całym Okresie ubezpieczenia, przy czym nie więcej niż 24.000 PLN.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w art. 10, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 niniejszego artykułu dla Poważnego zachorowania.
2. Dla Ubezpieczonych w ramach Pakietu Pomarańczowego, Świadczenie z tytułu **Poważnego zachorowania** jest powiększane o 1.400 PLN o ile Dzień zajścia Zdarzenia nastąpi po okresie, o którym mowa w ust.3 niniejszego artykułu.
3. W przypadku, gdy Poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpi w czasie pierwszych 30 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 5% kwoty Salda zadłużenia pozostającego do spłaty w Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 50 PLN.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
5. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 4 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdym 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.
6. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Pobytów w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku) w całym czasie nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000 PLN.

SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH 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 na adres Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub elektronicznej na adres e-mail: roszczenia@cardif.pl np. na 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 Agenta lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

art. 10

art. 11

art. 12



- 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 w zgłoszonym roszczeniu, 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 przekazem pocztowym lub przelewem na rachunek bankowy:
 - 1) Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
 - 2) w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka – Ubezpieczonego lub Uprawnionemu lub
 - 3) innemu uprawnionemu zgodnie z OWU.
 9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - 1) w przypadku **Zgonu**:
 - a. Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub inne pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - b. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c. dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - d. 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);
 - e. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - f. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 2) w przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - b. odpis aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - c. dokument określający przyczynę zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - d. 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);
 - e. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 3) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - a. Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - b. odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
 - c. 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);
 - d. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - e. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- 4) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - a. Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - b. dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebieg operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania;
 - c. dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - 5) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
 - a. Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - b. dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - c. 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);
 - d. inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
 10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca roszczenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi przed każdą wypłatą Świadczenia miesięcznego dokumentację medyczną potwierdzającą dalszy Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (np. karta informacyjna leczenia szpitalnego).
 11. W przypadku wskazania przez Ubezpieczającego Uposażonego, Świadczenie z tytułu Zgonu i Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest Uposażonemu. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z uprawnionych Uposażonych Świadczenie przypada najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności i w częściach:
 - 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.
 12. Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku wypłacane jest Ubezpieczonego. Ubezpieczony może przelać prawo do ww. Świadczenia na Uprawnionego, wówczas to Świadczenie wypłacane jest Uprawnionemu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

art. 13

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - 1) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu roku od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) 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;
 - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 4) 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;
 - 5) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. W przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:



- 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) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- 1) dla Pakietu Biały - następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) dla Pakietów Zielony, Niebieski i Pomarańczowy - następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce w okresie 36 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 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) próby samobójstwa;
 - 8) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.
4. W przypadku **Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
- 1) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, w okresie 36 miesięcy 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 ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. Prawo do otrzymania Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego **Poważnego zachorowania** w postaci **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).
6. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku został spowodowany lub zaszło wskutek:
- 1) czynnego udziału Ubezpieczonego 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 przestępstwa przez Ubezpieczonego;
 - 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 ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
 - 5) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.
7. Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten miał miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa 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.

art. 14

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia 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.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.

art. 15

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel 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 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 niniejszego artykułu, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę do Zarządu 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. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
7. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączą pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej 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. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
11. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednio przepisy prawa polskiego.
3. 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

art. 16



lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel i Ubezpieczający dopuszczają możliwość pozasądowego rozstrzygnięcia sporów wynikających z Umowy ubezpieczenia w sądzie polubownym utworzonym przy Rzeczniku Finansowym z siedzibą w Warszawie przy al. Jerozolimskich 87, po uprzednim wyrażeniu woli przez Ubezpieczyciela na rozpatrzenie sporu przez sąd polubowny.

art. 17 SYSTEM MONETARNY

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki E-Ubezpieczenia Spłaty Zadłużenia do Kredytu Gotówkowego o indeksie SYGMA/CASH/CPI_3_2.1/2015 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 23 października 2015 roku wchodzi w życie z dniem 25 października 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

