OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW o indeksie BNPP/REVOLVINGCPI_3_1.1/2015

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. 3
2. Ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art. 13 ust. 1 pkt a i b, ust. 2 pkt a
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

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BNPP/REVOLVINGCPI_3_1.1/2015 stosuje się do Umowy ubezpieczenia, tj.:
- Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym,
- Umowy Ubezpieczenia Kredytobiorców zawartej pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym,

zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia".

art. 1

DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BNPP/REVOLVINGCPI_3_1.1/2015 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

1) **Agent** -przedsiębiorca, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego**;**
2) **Czasowa niezdolność do pracy** –niemożność wykonywania pracy przez Ubezpieczonego stanowiącej źródło uzyskiwania przez niego przychodu, trwająca z tej samej przyczyny (chorobowej lub wypadkowej) nieprzerwanie co najmniej 30 dni, potwierdzona odpowiednim zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy, uprawniającym do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia chorobowego w okresie niemożności wykonywania pracy;
3) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu;
4) Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia – dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
5) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
   a) w przypadku **Zgonu** – dzień Zgonu, wskazany w akcie Zgonu;
   b) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy** – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy wskazany w zaświadczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
   c) 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;
   d) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (równy lub dłuższy niż 12 miesięcy), z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego;
   e) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
6) **Kredyt** –kredyt odnawialny dostępny dla Posiadaczy Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowego, pozyskiwany na okres 12 miesięcy, z funkcją jego automatycznego przedłużenia na kolejne 12 miesięczne okresy;
7) **Kredytobiorca** –Posiadacz Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowego, który pozyskał limit kredytowy udostępniony w ramach kredytu odnawialnego w Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowym;
8) **Kredytodawca (Bank)** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A., z siedzibą w Warszawie, z siedzibą w Warszawie, (kod pocztowy 01-211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający kredytu odnawialnego w Rachunku Oszczędnościowo– Rozliczeniowym w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
9) **Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe** –świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, którego wysokość jest określona przez Ubezpieczyciela na poziomie 5% Przyznanego limitu kredytu przy czym nie więcej niż 1.000 zł. Łączna kwota świadczeń miesięcznych nie może przekroczyć 30% Przyznanego limitu kredytowego;
10) **Nieszczęśliwy wypadek** –zdarzenie nagłe, 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, trwający przez 12 miesięcy, z zastrzeżeniem, że okres ubezpieczenia upływa w ostatnim dniu roboczym 12 miesięcznego okresu na jaki został udzielony Kredyt – pod warunkiem, iż ochrona nie ulegnie skróceniu (zgodnie z Art. 4 niniejszych OWU).Okres ubezpieczenia wznawiany jest automatycznie na kolejny 12 miesięczny okres lub okresy, pod warunkiem, że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny okres. W przypadku:
    a) zawarcia Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Kredytu bez zmiany limitu kredytowego - pierwszy okres ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu podpisania Wnioskopolisy i upływa w ostatnim dniu roboczym 12 miesięcznego okresu na jaki został udzielony Kredyt, wznawiany na kolejny 12 miesięczny okres lub okresy ochrony (w przypadku nie wypowiedzenia wznowienia ochrony);
    b) zawarcia Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Kredytu i jednoczesnej zmianie wysokości przyznanego limitu kredytowego - pierwszy okres ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia podpisania Wnioskopolisy i aneksu do Umowy kredytu, nie wcześniej jednak niż od dnia uruchomienia nowego limitu i upływa w ostatnim dniu roboczym 12 miesięcznego okresu na jaki został udzielony Kredyt, wznawiany na kolejny 12 miesięczny okres lub okresy ochrony (w przypadku nie wypowiedzenia wznowienia ochrony);
13) **Orzeczenie** –prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
    a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,
    b) 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 lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub 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) **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** –potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną określoną w OWU, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała, będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 5 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
17) **Posiadacz Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowego** – Posiadacz rachunku - osoba fizyczna, będąca rezydentem, nierezydentem Rzeczypospolitej Polskiej lub posiadająca status Ekspata (będąca obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, osiągająca dochody za granicą, które wpływają na rachunek bankowy w Polsce), posiadająca adres zameldowania lub zamieszkania w Polsce, Unii Europejskiej, kraju OECD, lub w innym kraju, oraz która zawarła z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. Umowę Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowego;
18) **Przyznany limit kredytowy** – maksymalny limit kredytowy, aktualizowany co miesiąc, udostępniany w Rachunku Oszczędnościowo– Rozliczeniowym, na jaki Posiadacz Rachunku może się zadłużyć oraz który może wykorzystywać wielokrotnie. Przyznany limit kredytowy stanowi podstawę do ustalenia sumy ubezpieczenia na Dzień zajścia Zdarzenia;
19) **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;
20) **Suma ubezpieczenia** –kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
21) **Składka** –kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
22) **Status bezrobotnego** –status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;

23) **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;
24) **Świadczenie** –kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU),w przypadku zajścia Zdarzenia;
25) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** –stan niesprawności Ubezpieczonego, będący następstwem choroby lub nieszczęśliwego wypadku uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiejkolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
26) **Ubezpieczający** –Posiadacz Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowego, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki,
27) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub każdy inny Posiadacz rachunku objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
28) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
    a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawie w zakresie ryzyka Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub,
    b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawiew zakresie ryzyka Utraty pracy;
29) **Umowa rachunku** –Umowa Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowego (Umowa rachunku bankowego) zawarta przez Posiadacza rachunku z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A.;
30) **Umowa kredytu** – **Umowa o udzielenie kredytu w Rachunku Oszczędnościowo-Rozliczeniowym (ROR) -** umowa o przyznanie kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Posiadaczem rachunku (i Współposiadaczem rachunku), zgodna z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy, określająca m.in. wysokość Przyznanego limitu kredytowego;
31) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym;
32) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
33) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia w przypadku zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
34) **Utrata pracy** –zdarzenie, skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego, rozumiane jako rozwiązanie umowy o pracę lub stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony (równy lub dłuższy niż 12 miesięcy), z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
35) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia;
36) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
37) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
38) **Zgon** - zgon Ubezpieczonego na skutek jakiejkolwiek przyczyny.

art. 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony wskazany jest we Wnioskopolisie.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
   - **Zgon,**
   - **Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy**, oraz
   - **jedno** z niżej wymienionych zdarzeń ubezpieczeniowych, w zależności od aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia źródła dochodu pozyskiwanego przez Ubezpieczonego:
   - **Czasową niezdolność do pracy** – w przypadku, gdy Ubezpieczony prowadzi własną działalność gospodarczą lub uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas określony, krótszy niż 12 miesięcy, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo
   - **Utratę pracy** – w przypadku gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę lub z tytułu stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony równy lub dłuższy niż 12 miesięcy, albo
   - **Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – w przypadku, gdy Ubezpieczony nie podlega ochronie z tytułu Czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Utraty pracy.
4. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

art. 3

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Posiadaczem rachunku, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu wraz z okresem trwania Umowy kredytu 75 roku życia,
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Posiadacz rachunku:
   a) podpisał Wnioskopolisę;
   b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu oraz
   c) Ubezpieczający opłacił Składkę ubezpieczeniową w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
3. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu przystąpiło do Kredytu kilku Kredytobiorców Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie osoby, chyba że któryś z Kredytobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 oraz 2 a) i b) niniejszego artykułu.

art. 4

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa nieprzerwanie przez 12 miesięcy, z zastrzeżeniem Art. 1 pkt. 12 oraz ust. 3 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w niniejszych OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
3. Ochrona ubezpieczeniowa, w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
   a) w ostatnim dniu danego Okresu ubezpieczenia w przypadku, gdy Ubezpieczający złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny okres;
   b) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
   c) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wysokości Sumy ubezpieczenia;
   d) w ostatnim dniu miesiąca w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
   e) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy lub Czasowej niezdolności do pracy;
   f) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożonym przez Ubezpieczającego, zgodnie z postanowieniami Art. 5;
   g) z dniem skutecznego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia;
   h) w dniu zamknięcia limitu;

   w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
4. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku, gdy Kredytobiorca odstąpi od Umowy ubezpieczenia lub od Umowy Kredytu, będzie on traktowany jako osoba nieubezpieczona.
6. W przypadku, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny łączący formalnie Kredytodawcę z którymkolwiek z Kredytobiorców ulegnie rozwiązaniu Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Kredytobiorcy wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Kredytobiorców kontynuowana jest na zasadach wskazanych w niniejszych OWU. Suma ubezpieczenia, w odniesieniu do pozostałych Kredytobiorców, dzielona jest proporcjonalnie na pozostałych Kredytobiorców.
7. W przypadku, gdy w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej stosunek prawny łączący formalnie Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych (w ramach danej Umowy kredytu) objętych Ochroną ubezpieczeniową ulegnie rozwiązaniu, ubezpieczenie w stosunku do pozostałych osób wygasa.

art. 5

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne

oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone również Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1, w takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczyciel dowiedział się o niniejszym odstąpieniu.
4. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej

art. 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

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

art. 8

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony zobowiązany jest podpisać Wnioskopolisę na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
2. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony (lub inny Uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
3. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta o zmianie swoich danych osobowych.
4. 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 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 we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest miesięcznie i naliczana jest od wysokości Przyznanego limitu kredytowego, aktualizowanego co miesiąc.
3. W przypadku zajścia Zdarzenia objętego Ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem składki za miesiąc, w którym zaszło to zdarzenie, Świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej Składki z uwagi na fakt, iż Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości.

art. 10

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy jest równa wysokości Przyznanego limitu kredytowego, przy czym wartość ta nie może przekroczyć 100.000 złotych.
2. W przypadku zmiany wysokości limitu kredytowego w trakcie trwania kredytu w ROR, wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy jest równa:
   a) wysokości Przyznanego limitu kredytowego obowiązującego przed datą zmiany limitu – w okresie do końca miesiąca kalendarzowego w którym dokonano zmiany limitu,
   b) wysokości Przyznanego limitu kredytowego obowiązującego po dacie zmiany limitu – od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym dokonano zmiany limitu.
3. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy albo Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, w każdym Okresie ubezpieczenia, równa jest maksymalnie 6 miesięcznym Świadczeniom (w rozumieniu niniejszych OWU), wskazanym w Art. 11, przy czym nie więcej niż 30% Przyznanego limitu kredytowego obowiązującego przed datą zmiany limitu - w okresie do końca miesiąca kalendarzowego w którym dokonano zmiany limitu lub Przyznanego limitu kredytowego obowiązującego po dacie zmiany limitu – od 1 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu w którym dokonano zmiany limitu.
4. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Posiadaczy rachunku niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową na Dzień zajścia Zdarzenia.

art. 11

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu** Ubezpieczonego, **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 4 w Art. 10.
2. W przypadku wystąpienia Czasowej niezdolność do pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego okresu Czasowej niezdolności do pracy, każdorazowo w wysokości jednego Miesięcznego świadczenia z zastrzeżeniem ust. 3
3. W przypadku, gdy **Czasowa niezdolności do pracy** nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości 5% jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 50 PLN, po każdych 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania przez Ubezpieczonego Czasowo niezdolnym do pracy.
4. W przypadku natomiast, gdy Czasowa niezdolność do pracy nastąpi po 60 dniach wskazanych w ust. 3 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, po każdych 30 dniach nieprzerwanego okresu pozostawania Ubezpieczonego czasowo niezdolnym do pracy.
5. 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 (w wysokości określonej w ust. 3 lub 4 w zależności od tego w jakim terminie nastąpiła pierwsza Czasowa niezdolność do pracy) po każdych 30 dniach Czasowej niezdolności do pracy, zgodnie z postanowieniami ust. 3 lub 4 niniejszego artykułu.
6. 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 w wysokości określonej w ust. 4 oraz dalszą wypłatą Świadczeń na zasadach wskazanych w ust. 4 niniejszego artykułu.
7. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych(w wysokości zgodnej z ust. 3 lub 4) bez względu na liczbę Zdarzeń (Czasowych niezdolności do pracy) w okresie każdych 12 miesięcy nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
8. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w okresie 12 miesięcy, o którym mowa w ust.7, Świadczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w łącznej kwocie równej Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 ust. 3 lub wypłaci Świadczenia w łącznej liczbie wskazanej w ust. 7 niniejszego artykułu, Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, wygasa w okresie tych 12 miesięcy świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
9. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie po 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku, każdorazowo w wysokości jednego Miesięcznego świadczenia z zastrzeżeniem ust. 10,
10. W przypadku, gdy **Utrata pracy** nastąpi w czasie pierwszych 60 dni licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości 5% jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 50 PLN, po każdych 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku.
11. W przypadku natomiast, gdy Utrata pracy nastąpi po 60 dniach wskazanych w ust. 10 niniejszego artykułu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, po każdych 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania danemu Ubezpieczonemu Statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku.
12. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych (w wysokości zgodnej z ust. 10 lub 11) z tytułu Utraty pracy w okresie każdych 12 miesięcy świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
13. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w okresie 12 miesięcy, o którym mowa w ust. 12, Świadczenia z tytułu Utraty pracy w łącznej kwocie równej Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 ust. 3 lub wypłaci Świadczenia w łącznej liczbie wskazanej w ust. 12 niniejszego artykułu, Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu Utraty pracy, wygasa w okresie tych 12 miesięcy świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
14. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** danego Ubezpieczonego (trwającego nieprzerwanie 5 dni), Ubezpieczy-

ciel wypłaci Świadczenie w wysokości jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, bezpośrednio po tych 5 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku.

15. W przypadku, gdy po zakończeniu 5 dniowego Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 14 niniejszego artykułu, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, każdorazowo w wysokości jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego.
16. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Miesięcznych Świadczeń z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w okresie każdych 12 miesięcy nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
17. W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci w okresie każdych 12 miesięcy, o którym mowa w ust. 16, Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku w łącznej kwocie równej Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 ust. 3 lub wypłaci Świadczenia w łącznej liczbie wskazanej w ust. 16 niniejszego artykułu, Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, wygasa w okresie tych 12 miesięcy świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
18. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę wykorzystanego Przyznanego limitu kredytowego określoną na Dzień zajścia Zdarzenia, kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
    1) Ubezpieczony,
    2) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
    3) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
    4) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
    5) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
    6) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

art. 12

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 odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Banku lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania-.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części. Jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona 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 przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z ryzyka innego niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
    a) w przypadku **Zgonu**:
        - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
        - odpis aktu Zgonu Ubezpieczonego;
        - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp);
        - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
        - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
        - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
    b) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
        - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
        - odpowiednie orzeczenie w rozumieniu niniejszych OWU;
        - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
        - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
        - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
    c) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy**:
        - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
        - zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy,
        - dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
        - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia,
        - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
        - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
    d) w przypadku **Utraty pracy**:
        - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
        - świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy,
        - zaświadczenie o źródle dochodów aktualne na dzień zajścia zdarzenia,
        - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
        - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia,
    e) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
        - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia,
        - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
        - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja

o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
- zaświadczenie o nabyciu przez daną osobę uprawnień do renty lub emerytury lub inne aktualne na dzień zajścia zdarzenia zaświadczenie odnośnie źródła dochodu otrzymywanego przez Ubezpieczonego,
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.

10. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Czasowej niezdolności do pracy, Utraty pracy lub Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, osoba zgłaszająca Zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie następujące dokumenty:
    a) w przypadku **Czasowej niezdolności do pracy:**
        - 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;
        - dokumentację medyczną potwierdzającą kontynuację leczenia tej samej jednostki chorobowej, a w przypadku gdy przyczyną kolejnej Czasowej niezdolności do pracy jest inna niż poprzednio jednostka chorobowa - dokumentację medyczną dotyczącą tej kolejnej Czasowej niezdolności do pracy;
    b) w przypadku **Utraty pracy:**
        - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
    c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku:**
        - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

art. 13

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon został spowodowany lub zaszedł wskutek:
    a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
    b) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej,
    c) 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,
    d) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
    e) pozostawania 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,
    f) 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 **Czasowej niezdolności do pracy, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy,** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności jeżeli Czasowa niezdolność do pracy lub Trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:
    a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
    b) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
    c) próby samobójstwa,
    d) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
    e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
    f) pozostawania 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,
    g) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony;
    h) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata pracy nastąpiła wskutek:
    a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1^1 Kodeksu Pracy;
    b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
    c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę 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 wskutek długotrwałej choroby;
    d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jakie były zawarte,
    e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Pobyt w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku został spowodowany lub zaszedł wskutek:
    a) 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,
    b) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
    c) pozostawania 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,
    d) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
    e) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

Świadczenie z tytułu Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarskiej lub długoterminowej, Ośrodku dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, Ośrodku leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, Ośrodku zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub Ośrodku wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala.

art. 14

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia 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.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia 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.).

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 udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi .
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. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. 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.
9. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
10. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę, zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
11. 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.
12. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępnianie są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 16

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed 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.

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.

art. 18

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BNPP/REVOLVINGCPI_3_1.1/2015 zatwierdzone przez odpowiednio:
   a) Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 30 marca 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 roku;
   b) Dyrekcję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 30 marca 2015 roku, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 15 grudnia 2015 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.