OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE BNPP/REVOLVINGCPI_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 a i b, ust. 3 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

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BNPP/REVOLVINGCPI_3_2.1/2015 stosuje się do Umowy ubezpieczenia Kredytobiorców, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym, zwaną dalej „Umową ubezpieczenia".

art. 1

DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BNPP/REVOLVINGCPI_3_2.1/2015 (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) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu;
3) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego;
4) **Dzień zajścia Zdarzenia:**
   a) w przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
   b) w przypadku **Poważnego zachorowania**, w zależności od zdarzenia lub choroby:
      − dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w niniejszych SWU;
      − dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu;
      − dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu lub gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
5) **Kredyt** – kredyt odnawialny, dostępny dla posiadaczy Rachunku Bieżącego, pozyskiwany na okres 12 miesięcy, z funkcją jego automatycznego przedłużenia na kolejne 12 miesięczne okresy;
6) **Kredytobiorca** – Posiadacz rachunku (osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska), który pozyskał limit kredytowy udostępniony w ramach kredytu odnawialnego w Rachunku Bieżącym;
7) **Kredytodawca („Bank")** – Bank BGŻ BNP Paribas S.A., z siedzibą w Warszawie, (kod pocztowy 01-211), ul. Kasprzaka 10/16, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
8) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
9) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu, z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
10) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego, rozpoczynający się z Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, 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 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. Potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia ochrony na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata składki ubezpieczeniowej. W przypadku:
    a) zawarcia Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Kredytu bez zmiany limitu kredytowego - pierwszy okres ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i upływa w ostatnim dniu roboczym 12 miesięcznego okresu na jaki został udzielony Kredyt, wznawiany na kolejny 12 miesięczny okres lub okresy (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 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 (w przypadku nie wypowiedzenia wznowienia ochrony);
11) **Osoba składająca Skargę –** Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
12) **Pakiet** - jeden z pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
13) **Posiadacz Rachunku Bieżącego** – Posiadacz rachunku - osoba fizyczna prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska, która zawarła z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. Umowę Rachunku Bieżącego;
14) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób**:**
    a) **nowotwór złośliwy (rak)** – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z Ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
       − rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
       − wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
       − czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
       − nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
       − wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
       − wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
       − choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
       − przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
    b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
    c) **udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
    d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
    e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
    f) **przeszczep narządu** – przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
       − serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
       − szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi

po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) szpiku kostnego biorcy.

Przeszczep albo zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia są wyłączone przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;

15) **Przyznany limit kredytowy** – maksymalny limit kredytowy, udostępniony na podstawie Umowy kredytu, na jaki Posiadacz rachunku może się zadłużyć oraz który może wykorzystywać wielokrotnie. W przypadku zmiany wysokości Przyznanego limitu kredytu pod uwagę brany jest nowy przyznany limit w zmienionej wysokości (dotyczy to wyłącznie przypadku wznowienia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny Okres ubezpieczenia);
16) **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;
17) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
18) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
19) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela: Uposażonemu z tytułu Zgonu lub Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Uprawnionemu z tytułu Poważnego zachorowania (zgodnie z postanowieniami OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
20) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do zapłaty Składki;
21) **„Ubezpieczony”** – Kredytobiorca, będący osobą fizyczną prowadząca działalność gospodarczą lub rolniczą, lub osoba wskazana przez Kredytobiorcę będącego spółką cywilną, jawną lub partnerską osoba będąca wspólnikiem przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia; objęta Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, która została wskazana we Wnioskopolisie;
22) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2**;**
23) **Umowa Rachunku Bieżącego** – umowa rachunku bankowego zawarta przez Posiadacza Rachunku Bieżącego z Bankiem;
24) **Umowa kredytu** - umowa o udzielenie Kredytu w rachunku bieżącym, zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodna z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy, określająca m.in. wysokość Przyznanego limitu kredytowego;
25) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
26) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku;
27) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania;
28) **Wiek Ubezpieczonego** – liczba ukończonych lat życia;
29) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
30) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
31) **Zgon** - zgon Ubezpieczonego na skutek jakiejkolwiek przyczyny,
32) **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.

art. 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia, w zależności od wybranego Pakietu, obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
   a) **Pakiet A - Zgon,**
   b) **Pakiet B - Zgon, Poważne zachorowanie,**
   c) **Pakiet C - Zgon, Poważne zachorowanie, Zgon wskutek Nieszczęśliwego wypadku.**
3. 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 Bieżącego - Kredytobiorcą, będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą albo w przypadku Kredytobiorcy będącego spółką cywilną, jawną lub partnerską, będącym wspólnikiem spółki przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia; 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 Kredytobiorca:
   a) podpisał Wnioskopolisę;
   b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu, w ramach której kwota Przyznanego limitu kredytowego nie przekracza 200.000,00 PLN;
   c) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
3. W przypadku, gdy ubezpieczeniem w ramach jednej Umowy kredytu będzie objęta więcej niż jedna osoba, o której mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu, wówczas Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie te osoby, chyba, że któraś z nich nie spełnia warunków określonych w ust. 1 lub w ust. 2 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. 10 OWU.
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 lub Ubezpieczyciel złoży oświadczenie o nieprzedłużaniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny 12 miesięczny okres;
   b) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
   c) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Poważnego zachorowania;
   d) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;
   e) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego zgodnie z Art. 5 OWU;
   f) z dniem skutecznego odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
   g) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
   h) w dniu zamknięcia Przyznanego limitu kredytowego;

   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 kredytu, wszyscy Ubezpieczeni w ramach danej Umowy Kredytu będą traktowani jak osoby nieubezpieczone.
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 objętych Ochroną ubezpieczeniową, w ramach danej Umowy kredytu, ulegnie rozwiązaniu lub gdy wystąpi inna przesłanka powodująca wykluczenie danej osoby z grona osób objętych Ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczenie w stosunku do pozostałych osób wygasa.

art. 5

WYPOWIEDZENIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ 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. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych z ostatnim dniem miesiąca, w którym Agent otrzymał pisemne oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia od Ubezpieczającego.

3. 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 składek na zasadach wskazanych w niniejszych 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 obowiązany jest podpisywać 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 o zmianie swoich danych osobowych.
4. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od daty objęcia Ochroną ubezpieczeniową, 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

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta na zasadach i warunkach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za Okres ubezpieczenia i naliczana jest od wysokości Przyznanego limitu kredytowego.
3. W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie przed zakończeniem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu ubezpieczenia przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony Ubezpieczeniowej.

art. 10 SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** oraz **Poważnego zachorowania** jest równa wysokości Przyznanego limitu kredytowego, przy czym wartość ta nie może przekroczyć 200.000,00 PLN.
2. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zajścia Zdarzenia.

art. 11 WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu, Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku** oraz **Poważnego zachorowania,** Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2. niniejszego Artykułu dla Poważnego zachorowania.
2. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, kwota, o której mowa w ust. 1 niniejszego Artykułu wynosi 5% Przyznanego limitu kredytowego, jednak nie więcej niż 50,00 PLN.

art. 12 SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić 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, wskazane 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 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 odpowiedzialności Ubezpieczyciela 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 Przyznanym limicie kredytu oraz następujących dokumentów:
   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 Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Zdarzenia);
      - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
      - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
   b) w przypadku **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**:
      - 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 (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
   c) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
      - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę świadczenia
      - dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań,

- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

art. 13

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
   a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych 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 **Zgonu wskutek Nieszczęśliwego wypadku**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
   a) 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,
   b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
   c) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
   d) 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,
   e) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
3. W przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
   a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
   b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego 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) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
4. W przypadku **Poważnego zachorowania** prawo do otrzymania Świadczenia ubezpieczeniowego na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego (raka), nie przysługuje w przypadku, jeśli:
   a) przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
   b) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
   c) rozpoznanie Nowotworu złośliwego (raka) było poprzedzone objawami chorobowymi, które wystąpiły po raz pierwszy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.

art. 14

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia ubezpieczeniowe są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.). Świadczenia ubezpieczeniowe nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
3. W przypadku osób prawnych, Świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie 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 w formie oraz 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. Ubezpieczyciel może zwrócić się z prośbą o dodatkowe pisemne potwierdzenie Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu 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. Ubezpieczyciel 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_2.1/2015 zatwierdzone przez 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 w dniu 15 grudnia 2015 roku.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.