OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW

„BEZPIECZNY BIZNES"

indeks
BNPP/CASHCPI_3_3.3/2020

BNP PARIBAS CARDIF

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Drogi Kliencie

Zachęcamy Cię do zapoznania się z niniejszym dokumentem. Dzięki temu dowiesz się w jakim zakresie Cię chronimy, w jaki sposób możesz uzyskać świadczenie oraz jakie dokumenty pomogą nam w szybkim rozpatrzeniu Twojego wniosku.
Zwróć uwagę na wyłączenia odpowiedzialności. Są to przypadki, w których nie będziemy mogli wypłacić Ci świadczenia.
Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Aby zgłosić roszczenie:
- wypełnij formularz na stronie: **www.cardif.pl** (zakładka „Zgłoś roszczenie on-line")
- wyślij e-mail na adres: **roszczenia@cardif.pl**
- wyślij na adres Ubezpieczyciela

Nasza strona internetowa z formularzem kontaktu: **www.cardif.pl**

Telefon: +48 22 529 19 99

Aby złożyć reklamację napisz na adres: **reklamacje@cardif.pl**

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Poniższa tabela zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej prezentuje informacje zamieszczone w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia:

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	art. 1 ust. 1 pkt 32) w związku z art. 1 pkt 11), art. 2 ust 2 w związku z art. 1 pkt 14), 15), 32), 33), art. 4 w związku z art.1 pkt 3), 4), 5), 7), 10), 11), 14), 15), 20), 22), 27), 33), art. 9 w związku z art.1 pkt 4), 5), 10), 11), 14), 15), 18), 20), 23), 27), 28),33), art. 10 w związku z art.1 pkt 4), 5), 10), 14), 15), 16), 20), 21), 22), 23), 27), 33).
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	art.12 w związku z art.1 pkt 4), 14), 15), 25), 26), 32), 33).

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców „Bezpieczny Biznes" oznaczone indeksem BNPP/CASHCPI_3_3.3/2020 stosuje się do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym.



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

ART 1. DEFINICJE

1. W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców „Bezpieczny Biznes" o indeksie BNPP/CASHCPI_3_3.3/2020 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:
   1) **„Agent"** – przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie Składki ubezpieczeniowej; uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, 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 zawarcia Umowy ubezpieczenia"** –
      a) dzień złożenia oświadczenia w postaci elektronicznej, o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy, wyrażającego zgodę Ubezpieczającego na zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz zgodę Ubezpieczonych na objęcie Ochroną ubezpieczeniową - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość albo
      b) dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Ubezpieczyciela - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość,

      z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż Dzień zawarcia Umowy Kredytu;
   5) **„Dzień zajścia Zdarzenia"** –
      a) w przypadku **Zgonu** – 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 OWU,
         - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
         - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;

      c) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
   6) **„Harmonogram" –** plan spłat wskazany przez Kredytodawcę w Umowie Kredytu obowiązujący w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat Kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy Kredytu;
   7) **„Kredyt"** – kredyt gotówkowy nieodnawialny (oferowany jako Kredyt Biznes Lider, kredyt gotówkowy zabezpieczony, Agro Rzeczówka Light), udzielany przez Kredytodawcę zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
   8) **„Kredytobiorca"** – osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub rolniczą, wspólnicy spółki cywilnej, spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna, która zawarła z Kredytodawcą Umowę Kredytu;
   9) **„Kredytodawca"** – BNP Paribas Bank Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 01-211, ul. Kasprzaka 2, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w banku;
   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 rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy Kredytu zgodnie z Harmonogramem, nie dłużej niż 120 miesięcy, z zastrzeżeniem art. 4;
   13) **„Osoba składająca Reklamację" –** Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
   14) **„Pobyt w Szpitalu"** – udokumentowany, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
   15) **„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 w 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 – martwica 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 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 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;

16) **„Rata Kredytu"**– kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc lub kwartał trwania Umowy Kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Harmonogramie, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
17) **„Reklamacja"** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
18) **„Saldo zadłużenia"** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy Kredytu, określane w oparciu o Harmonogram, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne wyliczone na dany dzień;
19) **„Składka"** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
20) **„Suma ubezpieczenia"** – kwota wskazana w OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
21) **„Szpital"** – działający na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną. Definicja szpitala nie obejmuje domów opieki, ośrodków dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, hospicjów, placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, szpitali rehabilitacyjnych, szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych, szpitali sanatoryjnych, zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodków wypoczynkowych, nawet jeśli stanowią organizacyjną część Szpitala;
22) **„Świadczenie"** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk niż Zgon (zgodnie z postanowieniami OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
23) **„Świadczenie miesięczne"** - Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu w przypadku Pobytu w Szpitalu oraz Poważnego zachorowania (jeżeli do Zdarzenia dojdzie w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia). Wysokość Świadczenia miesięcznego równa jest:
   - kwocie Raty Kredytu, w przypadku Harmonogramu przewidującego miesięczny plan spłat lub
   - kwocie Raty Kredytu podzielonej przez 3, w przypadku Harmonogramu przewidującego kwartalny plan spłat;
24) **„Ubezpieczający"** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
25) **„Ubezpieczony"** – osoba fizyczna prowadzącą działalność gospodarczą lub rolniczą, będąca Kredytobiorcą;
   - osoba fizyczna będąca wspólnikiem spółki cywilnej, jawnej, partnerskiej, komandytowej będącej Kredytobiorcą;
   - członek zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej będącej Kredytobiorcą;

   wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
26) **„Ubezpieczyciel/TUnŻ Cardif Polska"** –Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa;

27) **„Umowa Kredytu"** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą;
28) **„Umowa ubezpieczenia"** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
29) **„Uposażony"** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określona w OWU uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu;
30) **„Uprawniony"** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie albo określona w OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych niż Zgon;
31) **„Wiek"** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
32) **„Wnioskopolisa" -** dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożony na formularzu Ubezpieczyciela w formie elektronicznej albo w formie pisemnej pod rygorem nieważności;
33) **„Zdarzenie" –** zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
34) **„Zgon"** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiejkolwiek przyczyny.

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:

Nazwa ubezpieczenia	Zgon	Poważne zachorowanie	Pobyt w Szpitalu
Bezpieczny Biznes			

3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Zgonu oraz Poważnego zachorowania na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu. Ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu obowiązuje na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA ORAZ OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia z Kredytobiorcą jest, aby Kredytobiorca:
   a) podpisał Wnioskopolisę lub złożył oświadczenie w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy,
   b) zawarł z Kredytodawcą Umowę Kredytu w wysokości nieprzekraczającej:
      – 200 000 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość,
      – 500 000 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca lub osoba wskazana przez Kredytobiorcę został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć wyżej wymienionych kwot.
   c) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
2. Ochroną ubezpieczeniową może być objęta każda osoba fizyczna, o której mowa w art. 1 pkt 25), która:
   a) została wskazana we Wnioskopolisie i wyraziła zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową poprzez podpisanie Wnioskopolisy lub złożenie oświadczeń w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy;
   b) najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i której Wiek łącznie z Okresem ubezpieczenia nie przekroczy 75 lat;
   c) spełniła wymogi dotyczące stanu zdrowia określone we Wnioskopolisie - dotyczy osób, które nie przekroczyły Wieku 65 lat oraz osób, które przekroczyły Wiek 65 lat, jeżeli całkowita kwota Kredytu nie przekracza 250.000 zł;
   d) uzyskała indywidualną zgodę Ubezpieczyciela na zawarcie Umowy ubezpieczenia w oparciu o Szczegółowy Kwestionariusz Medyczny - dotyczy osób, które przekroczyły Wiek 65 lat, jeżeli całkowita kwota Kredytu zawiera się w przedziale 250.000,01 zł - 500.000,00 zł.
3. W przypadku, gdy stroną Umowy kredytu jest:
   1) spółka jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółka akcyjna - Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęty partner albo wspólnik spółki osobowej prawa handlowego będący osobą fizyczną albo członek zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej,
   który zajmuje dane stanowisko przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
   2) osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą albo wspólnicy spółki cywilnej -Ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba, która prowadzi daną działalność przez okres co najmniej 6 miesięcy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, do powyższego nie wlicza się okresu zawieszenia działalności.
4. Gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje więcej niż jeden kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy kredytobiorcy będący osobami fizycznymi, spełniający warunki określone w art. 3 ust. 2, przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy kredytu może być objętych nie więcej niż pięciu Ubezpieczonych.

ART. 4 CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
   1) w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Poważnego zachorowania oraz Pobytu w Szpitalu w związku z Nieszczęśliwym wypadkiem oraz;
   2) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej - w przypadku ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu w związku z leczeniem Choroby;
2. 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. 8.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:

1) w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
2) w przypadku Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia;
3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat.

4. Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową ubezpieczenia wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych:
   1) w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia;
   2) w dniu, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczycielowi pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej;
   3) z dniem utraty statusu wspólnika spółki cywilnej, spółki jawnej, spółki partnerskiej lub spółki komandytowej przez co najmniej jednego ze wspólników;
   4) z dniem utraty statusu członka zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo członka zarządu spółki akcyjnej przez co najmniej jednego z członków zarządu;
   5) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
   6) z upływem 120 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
   7) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
   8) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu;
   9) z dniem rozwiązania spółki;

   w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczający odstąpi od Umowy Kredytu Ubezpieczeni w ramach danej Umowy Kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
6. W przypadkach opisanych w ust. 3 pkt. 1), 2) Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
7. W przypadku opisanym w ust. 3 pkt. 3) Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w dniu wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego.
8. W przypadkach innych niż opisane w ust. 3 i 4, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy kredytu łączący Kredytodawcę z którymkolwiek z Ubezpieczonych lub stosunek prawny wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Ubezpieczonego wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową w dniu rozwiązania stosunku prawnego wynikającego odpowiednio z Umowy kredytu lub Umowy ubezpieczenia.

ART. 5 WYPOWIEDZENIE I ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, REZYGNACJA Z UMOWY UBEZPIECZENIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający będący przedsiębiorcą może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu. Otrzymanie przez Agenta oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną w dniu, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczycielowi pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Agenta rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
5. Odstąpienie, wypowiedzenie lub rezygnacja z Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

ART. 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, 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.
4. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.

ART. 7 PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego 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 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 SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz zakresu ubezpieczenia.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

ART. 9 SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu lub Poważnego zachorowania jest równa Saldu zadłużenia z Dnia zajścia Zdarzenia zgodnie z Harmonogramem, przy czym nie więcej niż:
   a) 200 000 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość,
   b) 500 000 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość z zastrzeżeniem ust. 4 oraz art. 10 ust. 2 OWU.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu równa jest wartości 9 Świadczeń miesięcznych w całym Okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 6.100 PLN na jedno Świadczenie miesięczne i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na Dzień zajścia Zdarzenia.
3. Wysokość Świadczenia miesięcznego wyliczana jest zgodnie z art. 1 ust 23 OWU.
4. W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy Kredytu objętych zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 7 i 8 OWU.

Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy



ART. 10 WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku **Zgonu** lub **Poważnego zachorowania** Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią art. 9 ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli Poważne zachorowanie wystąpi w ciągu pierwszych 90 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci jedno Świadczenie miesięczne wyliczone na podstawie Raty Kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po Dniu zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 6100 PLN.
3. W przypadku **Pobytu w Szpitalu** Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu przez Ubezpieczonego, wyliczone na podstawie Raty Kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
4. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie miesięczne po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu, wyliczone każdorazowo na podstawie Raty Kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
5. Z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 9 Świadczeń miesięcznych w całym Okresie ubezpieczenia, przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 6 100 PLN.
6. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w ust. 1, przewyższa kwotę zadłużenia z tytułu Umowy Kredytu wyliczonego przez Kredytodawcę 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. 11 SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez:
   a) wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl (zakładka: „Zgłoś roszczenie on-line") lub
   b) wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub
   c) przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia

   oraz dołączenie dokumentów wskazanych w ust. 9.
2. Wskazane 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 Kredytodawcy 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 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, 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 oraz Ubezpieczonego, w przypadku

umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, 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 oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 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 innego ryzyka niż Zgon – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:

Zdarzenie	Wymagane dokumenty
Zgon	- 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); - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna).
Poważne zachorowanie	- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w definicji Poważnego zachorowania; - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
Pobyt w Szpitalu	- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego); - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku); - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia ubezpieczeniowego (np. dodatkowa dokumentacja medyczna). <u>Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego Świadczenia miesięcznego:</u> - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego).

Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Świadczenia

ART. 12 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Zdarzenie	Wyłączenia Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
Zgon	a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, b) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, d) pozostawaniem 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) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Pobyt w Szpitalu	a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, b) usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa, c) próbą samobójstwa, d) pozostawaniem 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) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

	f) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony, g) sterylizacji, sztucznego zapłodnienia, leczenia bezpłodności, h) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
Poważne zachorowanie	a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa, c) pozostawaniem 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) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.

ART. 13 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 art. 21 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1387 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 2019 r., poz. 865 z późn. zm.).

ART. 14 ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa lub 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 Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępnianie są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

ART. 15 SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1145 z późn. zm.) i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 381 z późn. zm.).
2. Powództwa o roszczenia 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, spadkobiercy Uposażonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
3. Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
4. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2019 poz. 2214 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

ART. 16 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. 17 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zgodnie z treścią art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (Dz. U. 2019 r. 9 poz. 1480) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.

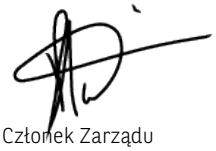
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców „Bezpieczny Biznes" o indeksie BNPP/CASHCPI_3_3.3/2020 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 1 czerwca 2020 r., zmienione uchwałą z dnia 30 września 2021 r., wchodzą w życie z dniem 1 października 2021 r.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Grzegorz Jurczyk



Prezes Zarządu
TUnŻ Cardif Polska

Pierre-Vincent Martin



Członek Zarządu
TUnŻ Cardif Polska

KARTA PRODUKTU

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW „BEZPIECZNY BIZNES”

indeks BNPP/CASHCPI_3_3.3/2020

BNP PARIBAS CARDIF

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Karta produktu ma za zadanie przedstawić Ci kluczowe informacje o ubezpieczeniu i pomóc w zrozumieniu cech oferowanego produktu.
Jest to materiał informacyjny będący wyciągiem najważniejszych informacji z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia „Bezpieczny Biznes" o indeksie BNPP/CASHCPI_3_3.3/2020, zwanych dalej: „OWU".
Terminy pisane wielką literą mają znaczenie nadane im w OWU.

Karta Produktu nie jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia oraz nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego.
Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia podejmij po wcześniejszym zapoznaniu się z OWU.

UBEZPIECZYCIEL	• Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa.
ROLA BANKU	• Kredytodawca, który udziela kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku, będący jednocześnie Agentem.
AGENT UBEZPIECZENIOWY	• Przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie składki ubezpieczeniowej; uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży; na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.
UBEZPIECZAJĄCY	• Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki.
UBEZPIECZONY	• Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą lub rolniczą, będąca Kredytobiorcą; • Osoba fizyczna będąca wspólnikiem spółki cywilnej, jawnej, partnerskiej, komandytowej będącej Kredytobiorcą; • Członek zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej będącej Kredytobiorcą; wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową.
TYP UMOWY UBEZPIECZENIA	• Indywidualna Umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem.

PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

ZAKRES UBEZPIECZENIA	• Zgon; • Poważne zachorowanie; • Pobyt w Szpitalu; • Stawka ubezpieczeniowa - 0,164%; • Składka jednorazowa = kwota udzielonego Kredytu x Stawka ubezpieczeniowa x liczba miesięcy ochrony; • Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową z tytułu Zgonu oraz Poważnego zachorowania na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu. Ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu obowiązuje na terenie Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZNENIA	• Aby zawrzeć Umowę ubezpieczenia Kredytobiorca: – podpisuje Wnioskopolisę lub składa oświadczenie w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy, – zawiera z Kredytodawcą Umowę Kredytu w wysokości nieprzekraczającej: • 200 000 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, • 500 000 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych kredytów, przy zawieraniu których Kredytobiorca lub osoba wskazana

	przez Kredytobiorcę został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć wyżej wymienionych kwot, – jako Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacenia Składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	• Składka płatna jest przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie. • Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz zakresu ubezpieczenia. • W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.
SUMA UBEZPIECZENIA	• Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu lub Poważnego zachorowania jest równa Saldu zadłużenia z Dnia zajścia Zdarzenia, przy czym nie więcej niż: - 200 000,00 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, - 500.000,00 PLN - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w ramach kontaktu bezpośredniego z Agentem. • Suma ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu równa jest wartości 9 Świadczeń miesięcznych w całym Okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 6.100 PLN na jedno Świadczenie miesięczne i nie więcej niż pozostałe do spłaty zadłużenie na Dzień zajścia Zdarzenia. • W przypadku, gdy Ochroną ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy Kredytu objętych zostało więcej Ubezpieczonych niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby osób objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia.
ŚWIADCZENIA UBEZPIECZYCIELA I ZASADY USTALANIA JEGO WYSOKOŚCI	• W przypadku zaistnienia zdarzeń objętych zakresem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenia w wysokości określonej dla danego ryzyka w OWU.
CZAS TRWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	• Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia. • Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa: 1) w dniu Zgonu Ubezpieczonego; 2) w przypadku Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia; 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat. • W przypadkach opisanych w pkt. 1), 2) Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych Ochroną ubezpieczeniową w Dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia. • W przypadku opisanym w pkt. 3) Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałych Ubezpieczonych jest kontynuowana, a Suma ubezpieczenia dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych objętych ubezpieczeniem w dniu wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego. • Ochrona ubezpieczeniowa w związku z daną Umową ubezpieczenia wygasa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych: 1) w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia; 2) w dniu, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczycielowi pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej; 3) z dniem utraty statusu wspólnika spółki cywilnej, spółki jawnej, spółki partnerskiej lub spółki komandytowej przez co najmniej jednego ze wspólników; 4) z dniem utraty statusu członka zarządu spółki z ograniczoną odpowiedzialnością albo członka zarządu spółki akcyjnej przez co najmniej jednego z członków zarządu; 5) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia; 6) z upływem 120 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia; 7) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;

	8) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Kredytu; 9) z dniem rozwiązania spółki; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
WYPOWIEDZENIE, REZYGNACJA I ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	• Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta. • Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia. • Ubezpieczający będący przedsiębiorcą może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu. Otrzymanie przez Agenta oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela. • Ubezpieczony może zrezygnować z Ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną w dniu, w którym Ubezpieczony złożył Ubezpieczycielowi pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Agenta rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela. • Odstąpienie, wypowiedzenie lub rezygnacja z Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku przyczynowym z: (Znak „• ” oznacza wyłączenie z Ochrony ubezpieczeniowej)

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE PRZYCZYNA POWSTANIA ZDARZENIA	Zgon	Poważne zachorowanie	Pobyt w Szpitalu
czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udział w zamieszkach, świadome i dobrowolne uczestnictwo w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej	•	•	•
samobójstwo, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia	•		
próba samobójstwa			•
usiłowanie lub popełnienie przez Ubezpieczonego przestępstwa	•	•	•
zdarzenie związane bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość	•	•	•
pozostawanie 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	•	•	•
samookaleczenie lub uszkodzenie ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności			•
sterylizacja, sztuczne zapłodnienia, leczenie bezpłodności			•
poddanie się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony			•

ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ZDARZENIA	• Zajście Zdarzenia powinno zostać niezwłocznie zgłoszone Ubezpieczycielowi poprzez: – wypełnienie elektronicznego wniosku na stronie: www.cardif.pl (lub – wysłanie zawiadomienia na adres: roszczenia@cardif.pl lub – przekazanie wniosku o wypłatę Świadczenia pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela lub za pośrednictwem Agenta, np. na formularzu zgłoszenia roszczenia oraz dołączenie dokumentów wskazanych w OWU.
PODMIOT UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA	• Osoby/podmioty wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu zdarzeń innych niż Zgon.
PODMIOT UPOSAŻONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA	• Osoby/podmioty wskazane przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu.
ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA REKLAMACJI ORAZ ICH ROZPATRYWANIA	• Reklamacje mogą być składane pisemnie, w siedzibie Ubezpieczyciela, przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem na adres: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl. • Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na reklamację bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. • W szczególnie skomplikowanych przypadkach Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji i udzielenia odpowiedzi.
SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW	• W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego. • Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sądem właściwym dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego, spadkobiercy Uposażonego lub spadkobiercy Ubezpieczającego. • Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
PRZEPISY REGULUJĄCE EWENTUALNE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ	• Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego. • W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami art. 21 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1387 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie. • 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 2019 r., poz. 865 z późn. zm.).

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU, W TYM O PRAWACH I OBOWIĄZKACH UBEZPIECZONEGO ZAWARTE SĄ W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW „BEZPIECZNY BIZNES" o indeksie BNPP/CASHCPI_3_3.3/2020

Informacje na temat agenta ubezpieczeniowego

Jako **BNP Paribas Bank Polska S.A.** jesteśmy agentem ubezpieczeniowym, który wykonuje działalność agencyjną na rzecz wielu towarzystw ubezpieczeniowych.

Towarzystwa ubezpieczeniowe, z którymi współpracujemy:

1. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska Spółka Akcyjna
2. Cardif - Assurances Risques Divers Spółka Akcyjna Oddział w Polsce
3. Generali Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
4. Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
5. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
6. UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa Spółka Akcyjna
8. Towarzystwo Ubezpieczeń Europa Spółka Akcyjna
9. Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna
10. Colonnade Insurance Societe Anonyme Oddział w Polsce
11. Inter Partner Assistance SA Oddział w Polsce
12. SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
13. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA Spółka Akcyjna
14. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna
15. Nationale - Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna

Nie mamy akcji ani udziałów żadnego towarzystwa ubezpieczeniowego, które dałyby nam prawo do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników danego towarzystwa. Żadne towarzystwo ubezpieczeniowe nie ma też naszych akcji ani udziałów, które dałyby mu co najmniej 10% głosów na naszym walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników.

Rejestr agentów ubezpieczeniowych

Jesteśmy wpisani do rejestru agentów ubezpieczeniowych pod numerem **11139025/A**. Rejestr ten prowadzi Komisja Nadzoru Finansowego, znajduje się pod adresem: rpu.knf.gov.pl/
Osoby, które wykonują czynności agencyjne, znajdują się w oknie: Rodzaj podmiotu: → Pracownik Agenta.

Prowizja i inne formy wynagrodzenia

Za to, że zawieramy z Klientami za naszym pośrednictwem umowy ubezpieczenia, otrzymujemy od danego towarzystwa ubezpieczeniowego prowizję. Zawiera się ona w składce ubezpieczeniowej. Możemy otrzymać także inne formy wynagrodzenia np.: nagrody konkursowe.

Prawo Klienta do reklamacji

Klient ma prawo złożyć reklamację na nasze działania jako agenta ubezpieczeniowego.
Jeśli Klient jest konsumentem, może złożyć reklamację:

1) osobiście w Oddziale naszego Banku lub w naszej centrali w Warszawie przy ul. Marcina Kasprzaka 2,
2) listownie, na adres: BNP Paribas Bank Polska S.A., ul. Marcina Kasprzaka 2, 01-211 Warszawa,
3) telefonicznie, pod numerem: 22 134 00 00 dla połączeń krajowych i z zagranicy – przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę (opłata za połączenie według cennika operatora), lub pod numerem +48 500 990 500 przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę (opłata za połączenie według cennika operatora) dla połączeń krajowych,
4) w aplikacji GOmobile i bankowości GOonline,
5) na adres do doręczeń elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych AE:PL-78960-12101-AWHTH-24,
6) przez formularz na stronie naszego banku,
7) e-mailowo – na adres rzecznika Klienta: rzecznik.klienta@bnpparibas.pl.

Odpowiedź na reklamację Klient otrzyma od nas listem zwykłym lub na innym trwałym nośniku informacji. Odpowiadamy na reklamacje na adres e-mail na wniosek Klienta.

Rozpatrzymy reklamację najszybciej, jak to możliwe – i nie później niż w ciągu 30 dni kalendarzowych. Jeśli sprawa jest skomplikowana i będziemy potrzebowali więcej czasu, by ją rozpatrzyć:

1) powiadomimy o tym Klienta,
2) wyjaśnimy przyczynę opóźnienia,
3) wskażemy, jakie jeszcze okoliczności musimy ustalić, aby rozpatrzyć reklamację, oraz określimy przewidywany termin, w którym rozpatrzymy reklamację oraz odpowiemy na nią nie później niż do 60 dni kalendarzowych od dnia jej otrzymania.

Jeśli reklamację Klienta rozpatrzymy negatywnie, ma on prawo odwołać się: ponownie do naszego banku – takimi samymi metodami, jakimi mógł złożyć reklamację – albo do naszego rzecznika Klienta.

Spór sądowy pomiędzy Agentem a Klientem można rozwiązać pozasądowo przed Rzecznikiem Finansowym. Zasady rozwiązywania sporów opisane są w Ustawie o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich.

Dane Banku BNP Paribas

BNP Paribas Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie 01-211, ul. Kasprzaka 2	zrejestrowany w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy nr KRS: 000 001 1571	nr NIP: 526 10 08 546 kapitał zakładowy: 147 880 491 zł w całości wpłacony

Podstawa prawna

Ustawa z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń