



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

indeks
VW/CARCPI/B_3_1.1/2020



**BNP PARIBAS
CARDIF**

Ubezpieczyciel zmieniającego się świata

Drogi Kliencie

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

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

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 17 22



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



Cardif-Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce,
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa

Poniższa tabela prezentuje wykaz informacji zamieszczonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zgodnie z Ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	ART. 2 ust. 3, w związku z ART. 1 ust 1 pkt 7, 15, 21, 22, 23, 32, 33, 34, 35, 37, 45,47, 49, 50, ART.4 w związku z ART. 1 ust 1 pkt 5, 6, 7, 12, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 27, 30, 37, 40, 41, 42,45, 46, 46, 48, ART. 9 w związku z ART. 1 ust 1 pkt 6, 7, 8, 10, 15, 20, 21, 22, 23, 27, 34, 37, 40, 41, 42, 45, ART. 10, w związku z ART. 1 ust 1 pkt 1, 6, 7, 8, 21, 22, 23, , 30, 32, 33, 35, 37, 39, 40, 45, 47, 48.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 12, w związku z ART. 1 ust. 1 pkt 6, 21, 22, 23, 37, 49, 50.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia oznaczone indeksem **VW/CARCP/B_3_1.1/2020** stanowią integralną część:

- Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
 - Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym;
- zwanych dalej łącznie „Umową ubezpieczenia”.



Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

ART 1. DEFINICJE

1. W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia o indeksie VW/CARCP/B_3_1.1/2020 (dalej zwanych: „OWU”) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Agent** – Volkswagen Serwis Ubezpieczeniowy Sp z.o.o. z siedzibą w Warszawie, 00-124 Warszawa, Rondo ONZ 1, wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 2) **Agent- Dealer** – podmiot, wykonujący czynności agencyjne na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
 - 3) **Centrum operacyjne** – przedstawiciel Ubezpieczyciela udzielający Świadczeń Assistance medycznego lub Assistance na wypadek Utraty pracy, o których mowa w art. 12;
 - 4) **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;
 - 5) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 6) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień podpisania Wnioskopolisie przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciela i Ubezpieczającego;
 - 7) **Dzień zajścia zdarzenia** –
 - a) w przypadku **Zgonu** – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy** – dzień wskazany w Orzeczeniu lub w przypadku braku wskazania tego dnia w Orzeczeniu - za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) w przypadku **Utraty pracy** – dzień rozwiązania stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia, wskazany w pisemnym dokumencie potwierdzającym rozwiązanie stosunku pracy, stosunku służbowego, kontraktu menadżerskiego;
 - d) w przypadku **Pobytu w Szpitalu** oraz **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - e) 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 OWU;
 - 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;
 - 8) **Harmonogram** – pierwszy harmonogram spłat wskazany przez Kredytodawcę w Umowie Kredytu obowiązujący w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia wystawiony imiennie dla danego Kredytobiorcy, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych należnych Rat kredytu z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej Raty kredytu;
 - 9) **Kontynuacja Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu** – Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu, na podstawie zgody udzielonej we Wnioskopolisie, do końca trwania Okresu ubezpieczenia, świadczona w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu na zasadach opisanych w OWU;
 - 10) **Kredyt** – kwota zobowiązania wynikająca z Umowy Kredytu zawartej pomiędzy Kredytobiorcą a Kredytodawcą, na mocy której Kredytodawca zobowiązuje się oddać do dyspozycji Kredytobiorcy na czas oznaczony kwotą środków pieniężnych z przeznaczeniem na ustalony cel, a Kredytobiorca zobowiązuje się do zwrotu kwoty wykorzystanego kredytu na warunkach określonych w umowie. Kredytem w rozumieniu niniejszych OWU jest:
 - a) Kredyt standardowy – kredyt, którego raty spłacane są miesięcznie, zgodnie z Harmonogramem,
 - b) Kredyt z ratą balonową – kredyt, w którym Harmonogram spłaty oprócz rat kapitałowo-odsetkowych płaconych cyklicznie przewiduje dodatkowo spłatę raty balonowej (czyli części kapitału lub kapitału i odsetek) na koniec okresu kredytowania;
 - 11) **Kredytobiorca** – osoba lub osoby fizyczne, będące rezydentami, nierezydentami lub obywatelami Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
 - 12) **Kredytodawca (Bank)** – Volkswagen Bank GmbH Sp. z o.o. Oddział w Polsce udzielający kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
 - 13) **Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego, na skutek jego Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku;

- 14) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 15) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na zasadach określonych w niniejszych OWU;
- 16) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem spłat oraz wygasający zgodnie z art 4 ust. 6;
- 17) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) Trwałej i całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowaniu z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa) wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego albo
 - b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 2 lata podlegają sumowaniu z zastrzeżeniem że pomiędzy wydaniem kolejnych orzeczeń nie może występować przerwa), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
- 18) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
- 19) **Pakiet** – jeden z trzech dostępnych pakietów ubezpieczenia, wybierany przez Ubezpieczającego w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia zgodnie z art. 2 ust 3;
- 20) **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub gabinet lekarski, działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego;
- 21) **Pobyt w Szpitalu** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia Choroby lub obrażeń ciała doznanych w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 22) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia doznanych obrażeń ciała w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający co najmniej 3 dni, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala;
- 23) **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), podstawnomórkowy rak skóry i kolczystokórkowy 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** – 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 wynacznienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe

- spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
- d) **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
 - e) **operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez 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;
- 24) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy cyklicznie za dany okres trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin wpłaty wskazane są w Harmonogramie;
 - 25) **Saldo zadłużenia** – aktualne na Dzień zajścia zdarzenia zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia zdarzenia, z wyłączeniem odsetek karnych oraz innych należności, zgodnie z Harmonogramem;
 - 26) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
 - 27) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania Ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
 - 28) **Sprzęt rehabilitacyjny** – następujący sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający Ubezpieczonemu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wataki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, gorsety, kotnierze, rowerek rehabilitacyjny, wałek, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (w tym sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas stabilizujący;
 - 29) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako osoba bezrobotna zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego uprawniający do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - 30) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 31) **Szpital** – działająca 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, zatrudniającego 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;
 - 32) **Świadczenia Assistance medyczny** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu w zakresie, o którym mowa w art. 12 niniejszych OWU;
 - 33) **Świadczenie Assistance na wypadek Utraty pracy** – pomoc udzielona Ubezpieczonemu w zakresie, o którym mowa w art. 12 niniejszych OWU;
 - 34) **Świadczenie miesięczne** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU) w przypadku zajścia zdarzenia Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Pobytu w Szpitalu :
 - w przypadku Kredytów standardowych – równe Racie kredytu zgodnie z Harmonogramem,
 - w przypadku Kredytów z ratą balonową – równe Racie kredytu zgodnie z Harmonogramem, jednak jeżeli miesięczne świadczenie do wypłaty ma być określone zgodnie z Harmonogramem na podstawie raty balonowej to wysokość tego świadczenia będzie równa przedostatniej Racie kredytu określonej zgodnie z Harmonogramem;

- 35) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu lub Uprawnionemu (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 36) **Transport medyczny** – transport do/z i pomiędzy Placówkami medycznymi, zapewniony Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela, dostosowany do stanu zdrowia Ubezpieczonego i świadczony, jeżeli jego stan zdrowia nie wymaga interwencji pogotowia ratunkowego. Za Transport medyczny nie uważa się dojazdów do poradni rehabilitacyjnej;
- 37) **Trwała i całkowita niezdolność do pracy** – stan niesprawności Ubezpieczonego będący następstwem Choroby lub Nieszczęśliwego wypadku uniemożliwiający wykonywanie przez niego jakiegokolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu niniejszych OWU;
- 38) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
- 39) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca będący osobą fizyczną objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU wskazany we Wnioskopolisie;
- 40) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU, tj. odpowiednio:
 - 40) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa w zakresie ryzyk: Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz Poważnego zachorowania lub
 - 41) Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 Warszawa w zakresie ryzyk: Utraty pracy oraz zapewnienia dostępu do Świadczeń Assistance medycznej, Assistance na wypadek Utraty pracy;
- 41) **Umowa kredytu** – umowa o Kredyt zawarta pomiędzy Kredytodawcą a Kredytobiorcą, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
- 42) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., a Ubezpieczającym oraz zawarta pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, a Ubezpieczającym za pośrednictwem Agenta- Dealera oraz przy udziale Agenta, której integralnym elementem są niniejsze OWU oraz Wnioskopolisa;
- 43) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie lub określona w niniejszych OWU, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 44) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego;
- 45) **Utrata pracy** – w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego, umowy zlecenia – zdarzenie skutkujące uzyskaniem Statusu bezrobotnego przez Ubezpieczonego, rozumiane jako rozwiązanie przez pracodawcę umowy o pracę, kontraktu menadżerskiego, stosunku służbowego lub umowy zlecenia zawartych na czas nieokreślony, określony dłuższy niż czas trwania Umowy kredytu lub na czas wykonania określonej pracy z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty Umowy kredytu zgodnie z Harmonogramem, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego, z zastrzeżeniem wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w OWU;
- 46) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia Ubezpieczonego;
- 47) **Wnioskopolisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 48) **Wcześniejsza całkowita spłata Kredytu** – spłata przez Ubezpieczającego całości zadłużenia wynikającego z Umowy Kredytu przed końcem terminu określonego w Harmonogramie;
- 49) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia lub umożliwia skorzystanie ze Świadczeń Assistance medycznej lub Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy;
- 50) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.



Co obejmuje Twoje ubezpieczenie

ART 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko utraty pracy przez Ubezpieczonego.
2. Zakres ochrony zależy od Pakietu wskazanego we Wnioskopolisie.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) **Pakiet A 1: dla osób w Wiek 18-65 lat wraz z trwaniem Okresu ubezpieczenia**
 - a) Zgon,
 - b) Trwała i całkowita niezdolność do pracy,
 - c) Poważne Zachorowanie,
 - d) Utrata pracy,
 - e) Pobyty w Szpitalu,
 - f) Świadczenia Assistance medycznej,
 - g) Świadczenie Assistance na wypadek Utraty pracy.
 - 2) **Pakiet A 2: dla osób w Wiek 18-75 lat wraz z trwaniem Okresu ubezpieczenia**
 - a) Zgon,
 - b) Trwała i całkowita niezdolność do pracy,
 - c) Poważne zachorowanie,

- d) Pobyt w Szpitalu,
 - e) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - f) Świadczenia Assistance medyczny.
- 3) **Pakiet A 3: dla osób w Wiek 18-80 lat wraz z trwaniem Okresu ubezpieczenia**
- a) Zgon,
 - b) Pobyt w Szpitalu,
 - c) Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - d) Świadczenia Assistance medyczny.
4. W zależności od statusu zatrudnienia aktualnego na Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony może być objęty ochroną w ramach Pakietu:
- A1 - w przypadku, gdy Ubezpieczony uzyskuje dochód z tytułu umowy o pracę, stosunku służbowego zawartych na czas nieokreślony lub określony dłuższy niż czas trwania Umowy kredytu lub z tytułu kontraktu menadżerskiego, umowy zlecenia zawartych na czas wykonania określonej pracy z terminem wygaśnięcia przypadającym po dacie spłaty Kredytu zgodnie z Harmonogramem, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa polskiego, albo;
 - A2 lub A3, w odniesieniu do osób niekwalifikujących się do objęcia ochroną w ramach Pakietu A1
5. Ubezpieczony uprawniony jest do korzystania ze Świadczeń Assistance medycznego lub Assistance na wypadek Utraty pracy w zależności od wybranego Pakietu.
6. W razie wystąpienia Zdarzenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na:
- 1) wypłacie Uposażonemu lub Uprawnionemu, z zastrzeżeniem wyłączeń zawartych w OWU, Świadczenia w wysokości określonej w art. 11, oraz;
 - 2) organizacji i pokryciu kosztów usług określonych art. 12 w przypadku Świadczeń Assistance medyczny lub Assistance na wypadek Utraty pracy.

ART 3. WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
- 1) podpisał Wnioskopolisę;
 - 2) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu na kwotę, przypadającą do spłaty proporcjonalnie na jednego Kredytobiorcę nie większą niż 250.000 PLN (słownie: dwieście pięćdziesiąt tysięcy złotych) z zastrzeżeniem, iż łączna suma udzielonych, aktywnych Kredytów w Banku przy zawieraniu których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela, nie może przekroczyć 400.000 PLN;
 - 3) jako Ubezpieczający zobowiązał się do opłacenia Składki.
2. Ochroną ubezpieczeniową może być objęty każda osoba fizyczna, o której mowa w art. 1 ust. 1 pkt 43, która:
- 1) została wskazana we Wnioskopolisie i wyraziła pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
 - 2) najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i której Wiek łącznie z Okresem ubezpieczenia nie przekroczy 65,75 lub 80 lat w zależności od wybranego Pakietu wskazanego w art. 2 ust. 3 OWU.
 - 3) spełniła wymogi dotyczące stanu zdrowia określone we Wnioskopolisie.
3. Ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej Umowy kredytu może zostać objęta każda osoba fizyczna wskazana w art. 1 ust. 1 pkt 43, jednak nie więcej niż cztery osoby.
4. Z zastrzeżeniem ust. 3 powyżej, jeżeli Umowę kredytu zawiera więcej niż jedna osoba fizyczna wskazana w art. 1 ust. 1 pkt 43, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęte wszystkie te osoby, po spełnieniu wymogów określonych w ust. 2 niniejszego art.
5. Na podstawie indywidualnej zgody Ubezpieczyciela wydanej w formie pisemnej przed zawarciem Umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa może być świadczona na warunkach innych niż określone w OWU.

ART 4. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego artykułu.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się:
- 1) **w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku oraz Świadczeń Assistance;
 - 2) **trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Pobytu w Szpitalu powstałego w wyniku Choroby;
 - 3) **dziewięćdziesiątego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania oraz Utraty pracy;
3. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka ubezpieczeniowa, zgodnie z postanowieniami art. 9.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu z zastrzeżeniem, iż Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu lub Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ma miejsce na terytorium Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Szwajcarii oraz państw należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
5. Świadczenia Assistance medyczny lub Assistance na wypadek Utraty pracy realizowane są na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
6. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia trwającego maksymalnie 84 miesiące - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 2) w dniu Zgonu Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 3) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 4) w dniu wypłaty 18 Świadczeń miesięcznych z tytułu Utraty pracy - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 5) w dniu wypłaty 18 Świadczeń miesięcznych z tytułu Pobytu w Szpitalu - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 6) w dniu wypłaty 18 Świadczeń miesięcznych z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 7) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył odpowiednio 65, 75 lub 80 rok życia w zależności od wybranego Pakietu wskazanego w art. 2 ust. 3 OWU- w stosunku do danego Ubezpieczonego;
 - 8) z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 9) z dniem skutecznego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia - w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 10) w dniu rozwiązania lub odstąpienia od Umowy kredytu- w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 11) w dniu określonym w Harmonogramie jako dzień spłaty ostatniej Raty kredytu- w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych;
 - 12) w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczający nie wyraził we Wnioskopolisie zgody na Kontynuację Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu;
- w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
7. W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, jeżeli Ubezpieczony wyraził we Wnioskopolisie zgodę na Kontynuację Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do dnia spłaty Kredytu/ określonego w Harmonogramie.

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 za pośrednictwem Agenta, pisemne oświadczenie.
2. Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób wskazany w ust. 1. w takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu. Otrzymanie przez Agenta oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z jego otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.
4. Rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej uznaje się za skuteczną z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej. Otrzymanie przez Agenta rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej jest równoznaczne z jej otrzymaniem przez Ubezpieczyciela.

ART 6. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.

ART 7. PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń oraz zapewnienia dostępu do Świadczeń Assistance w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub 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. OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia) Ubezpieczony lub inny uprawniony powinien składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia.

ART 9. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego za pośrednictwem Agenta na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Składka opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości udzielonego Kredytu.
3. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki Ubezpieczeniowej w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

ART 10. SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia równa jest Saldu zadłużenia, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3 niniejszego art.
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 z danej Umowy ubezpieczenia, na dzień zajścia Zdarzenia.
3. Suma ubezpieczenia nie może być większa niż 250.000 PLN na jednego Kredytobiorcę objętych ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem art. 3. ust. 4.



Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

ART 11. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Zgonu, Poważnego zachorowania lub Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia której wysokość określona jest w art. 10.
2. W przypadku:
 - 1) Utraty pracy - Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 18 Świadczeń miesięcznych w całym Okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 54.000 PLN
 - 2) Pobytu w Szpitalu - Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 18 Świadczeń miesięcznych w całym Okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 54.000 PLN
 - 3) Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 18 Świadczeń miesięcznych w całym Okresie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 54.000 PLN
3. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje ochrona z tytułu Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe- Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z art. 1 ust.1 pkt 34 przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego Zdarzenia Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie: 9 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem art. 11 ust. 2 pkt 1.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje, ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe - Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z art. 1 ust.1 pkt 34 przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego Zdarzenia Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 9 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem art. 11 ust. 2 pkt 2.
5. W przypadku, gdy Ubezpieczonemu przysługuje, ochrona z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe - Świadczeniu miesięcznemu, którego wysokość określona jest w zależności od rodzaju Kredytu, zgodnie z art 1 ust.1 pkt 34 przy czym pojedyncze Świadczenie miesięczne nie może wynieść więcej niż 3.000 PLN. Z tytułu jednego Zdarzenia Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 9 Świadczeń miesięcznych, z zastrzeżeniem art. 11 ust. 2 pkt 3.
6. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu, Świadczenie z tytułu Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Zgonu.
7. W przypadku Utraty pracy, po upływie 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne określone w art. 1 ust.1 pkt 34 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty, zgodnie z Harmonogramem, w ciągu tych 30 dni nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego.
8. W przypadku, gdy po upływie każdych kolejnych 30 dni, o których mowa w ust. 7 Ubezpieczonemu nadal przysługuje Status bezrobotnego, Ubezpieczyciel wypłaci po każdych kolejnych 30 dniach nieprzerwanego posiadania przez Ubezpieczonego Statusu bezrobotnego- Świadczenie miesięczne, określone w art. 1 ust.1 pkt 34 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem, po tych 30 dniach posiadania Statusu bezrobotnego.
9. W przypadku Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, po upływie 3 dni nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie miesięczne, określone w z art. 1 ust.1 pkt 34 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem, bezpośrednio po tych 3 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu.
10. W przypadku, gdy Pobyt w Szpitalu lub Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku ulega przedłużeniu, Ubezpieczyciel wypłaci po każdych kolejnych 30 dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu Świadczenie miesięczne określone w z art. 1 ust.1 pkt 34 w wysokości określonej Ratą kredytu przypadającą do spłaty zgodnie z Harmonogramem, po tych 30 dniach Pobytu w Szpitalu.
11. W przypadku, gdy w okresie, za który Ubezpieczonemu przysługuje prawo do otrzymania Świadczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Utraty pracy Ubezpieczyciel wypłaci należne Świadczenie z tytułu zajścia każdego z powyższych zdarzeń, zgodnie z ustaleniami zawartymi w art. 10 oraz 11 OWU.

12. W przypadku świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej więcej niż jednemu Ubezpieczonemu w ramach jednej Umowy kredytu, wysokość Świadczeń określonych w niniejszym artykule dzielona jest proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych na Dzień zajścia zdarzenia.
13. W przypadku, gdy należne Świadczenie ubezpieczeniowe przewyższa kwotę Salda zadłużenia aktualnego na Dzień zajścia zdarzenia kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
 - 1) Ubezpieczony,
 - 2) współmałżonek Ubezpieczonego - jeśli brak Ubezpieczonego,
 - 3) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego – jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 4) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego – jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 5) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego – jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
 - 6) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

ART 12. ŚWIADCZENIA ASSISTANCE

1. W przypadku Utraty pracy przez Ubezpieczonego, Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczonemu przysługuje dostęp do Świadczeń Assistance medycznego lub Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy.
2. W przypadku Utraty pracy Ubezpieczonemu przysługuje w ramach Świadczeń Assistance wypadek Utraty pracy organizacja poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej limitów podanych w tabeli ust. 5 niniejszego art. w odniesieniu do jednego Zdarzenia:
 - 1) **pomoc psychologa** – Ubezpieczyciel zapewni Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem. Termin i miejsce wizyty uzgadnia Ubezpieczyciel z Ubezpieczonym.
 - 2) **pomoc w przygotowaniu CV i listu motywacyjnego** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
 - b) wzór listu motywacyjnego (LM);
 - 3) **tłumaczenie CV i listu motywacyjnego na język angielski** – Ubezpieczyciel w terminie 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do firmy specjalizującej się w tłumaczeniu dokumentów na język angielski, która po otrzymaniu w/w dokumentów rozpocznie proces tłumaczenia dokumentów na język angielski. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczenia usługi tłumaczenia CV i listu motywacyjnego na język angielski przez okres 6 miesięcy licząc od dnia zajścia Zdarzenia.
 - 4) **pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu w/w dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego bazując na ocenie przestanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biuro pośrednictwa lub Ubezpieczyciel niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6 miesięcy licząc od dnia zajścia Zdarzenia.
 - 5) **organizacja usług z zakresu doradztwa personalnego** – całodobowe przekazywanie informacji na temat:
 - a) efektywnych systemów motywacyjnych, wartościowania stanowisk, konstrukcji, siatek płac, budowy systemów premiowych, konstruowania pakietów świadczeń,
 - b) formułowania strategii i polityki personalnej,
 - c) ryzyka inwestycyjnego w dziedzinie zarządzania kapitałem ludzkim,
 - d) atrakcyjnych szkoleń dla pracowników,
 - e) wiz i pozwoleń na pracę,
 - 6) **infolinia dotycząca prawa pracy** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
 - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie Pracodawcy;
 - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
 - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
 - d) rejestracja w urzędzie pracy;
 - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
 - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
 - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
 - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
 - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 7) **zestaw materiałów informacyjnych dotyczących m.in. tworzenia CV i listu motywacyjnego oraz rozmowy rekrutacyjnej** – Ubezpieczyciel w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego do Centrum operacyjnego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy, wysyła do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
 - a) instrukcje dotyczące przygotowania CV;
 - b) instrukcje dotyczące przygotowania listu motywacyjnego (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania);
 - c) instrukcje dotyczące przygotowywania się do rozmowy rekrutacyjnej.

3. W przypadku Pobytu w Szpitalu, Ubezpieczonemu przysługuje w ramach Świadczeń Assistance medycznego organizacja poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nieprzekraczającej limitów podanych w tabeli w ust. 5 niniejszego art.:
- 1) **opieka pielęgniarska** po Pobycie w Szpitalu na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego, o konieczności opieki pielęgniarskiej nad Ubezpieczonym.
 - 2) **proces rehabilitacyjny** – po Pobycie w Szpitalu, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego rehabilitacji w poradni rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Koszty procesu rehabilitacyjnego to:
 - a) koszty transportu do poradni rehabilitacyjnej i koszty zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w poradni rehabilitacyjnej, albo
 - b) koszty przyjazdu fizyoterapeuty do miejsca pobytu Ubezpieczonego i koszty wykonywanych tam zabiegów rehabilitacyjnych;
 - 3) **wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego**, po Pobycie w Szpitalu, na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego,
 - 4) **dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – do miejsca pobytu Ubezpieczonego, po Pobycie w Szpitalu, na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego;
 - 5) **Transport medyczny do Placówki medycznej** – po Pobycie w Szpitalu, na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego wizyty lub wykonania badań lub zabiegów medycznych w Placówce medycznej, o ile nie jest konieczna, według wiedzy Lekarza prowadzącego, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 6) **Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w Placówce medycznej, która nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony został skierowany przez Lekarza prowadzącego na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej Placówce medycznej, o ile nie jest konieczna, według wiedzy Lekarza prowadzącego leczenie, interwencja pogotowia ratunkowego;
 - 7) **Transport medyczny z Placówki medycznej** – po Pobycie w Szpitalu, na podstawie pisemnego zalecenia od Lekarza prowadzącego Transportu medycznego do miejsca pobytu Ubezpieczonego;
4. Ubezpieczyciel, ponad zakres Świadczeń Assistance medycznego lub Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy, wymienionych w ust. 2 i ust. 3, zapewnia nielimitowany dostęp do **infolinii medycznej** w zakresie:
- 1) danych teled adresowych państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia;
 - 2) informacji na temat działania leków, skutków ubocznych, interakcji z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży;
 - 3) danych teled adresowych placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - 4) danych teled adresowych placówek handlowych oferujących Sprzęt rehabilitacyjny;
 - 5) informacji o niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych;
 - 6) informacji o dietach, zdrowym żywieniu;
 - 7) danych teled adresowych domów pomocy społecznej, hospicjów;
 - 8) danych teled adresowych aptek czynnych przez całą dobę.
5. Tabela zakresu Świadczeń Assistance medycznej, Assistance na wypadek Utraty pracy :

rodzaj Zdarzenia	rodzaj Świadczenia Assistance medycznego, Assistance na wypadek Utraty pracy	limit kwotowy na Zdarzenie	limity ilościowe
Utrata pracy	• pomoc psychologa	500 PLN	-
	• pomoc w przygotowaniu CV i listu motywacyjnego	-	-
	• tłumaczenie CV i listu motywacyjnego na język angielski	-	4 razy w okresie 12 miesięcy
	• pomoc w wyszukiwaniu ofert pracy	-	-
	• organizacja usług z zakresu doradztwa personalnego	-	-
	• infolinia dotycząca prawa pracy	-	-
	• zestaw materiałów informacyjnych dotyczących m.in. tworzenia CV i listu motywacyjnego oraz rozmowy rekrutacyjnej	-	-
Pobyt w Szpitalu	• opieka pielęgniarska	-	do 10 godzin, na jedno i wszystkie Zdarzenia w okresie 12 miesięcy
	• proces rehabilitacyjny	500 PLN	-
	• wypożyczenie lub zakup Sprzętu rehabilitacyjnego	500 PLN	-
	• dostarczenie Sprzętu rehabilitacyjnego	500 PLN	-
	• Transport medyczny do Placówki medycznej	500 PLN	-
	• Transport medyczny z Placówki medycznej	500 PLN	-
	• Transport medyczny pomiędzy Placówkami medycznymi	500 PLN	-

6. Świadczenia Assistance medycznego lub Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy organizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez Ubezpieczonego, w przypadku zaistnienia Zdarzenia uprawniającego do Świadczeń Assistance medycznego lub Assistance na wypadek Utraty pracy. Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z Centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę pod numerem telefonu (+48) 22 591 95 24.
7. Ubezpieczony, kontaktując się z Centrum operacyjnym, zobowiązany jest podać następujące informacje:

- 1) Numer Umowy kredytu,
- 2) Numer PESEL lub w przypadku obcokrajowców datę urodzenia,
- 3) Imię i nazwisko,
- 4) Adres zamieszkania,
- 5) Numer telefonu do kontaktu,
- 6) Inne informacje konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług
- 7) oraz opisać rodzaj oczekiwanej pomocy.

ART 13. SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi zajście Zdarzenia:
 - 1) wypełniając elektroniczny wniosek na stronie: www.cardif.pl, zakładka: („Zgłoś roszczenie on-line”) lub
 - 2) wysyłając zawiadomienie na adres: roszczenia@cardif.pl lub
 - 3) pisemnie lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela przekazując wniosek o wypłatę świadczenia złożony np. na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia,oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.
2. Formularz Zgłoszenia Roszczenia można uzyskać:
 - 1) po kontakcie Agentem-Dealerem;
 - 2) po kontakcie telefonicznym z Ubezpieczycielem tel. 801 801 111 lub 529 17 22.
3. 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 uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
4. 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.
5. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
6. Gdyby wyjaśnienie, w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego art., okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego art.
7. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona na Formularzu Zgłoszenia Roszczenia, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego art., 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.
8. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
9. 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.
10. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 11 niniejszego art.:
 - 1) w przypadku **Zgonu**:
 - 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 ubezpieczeniowego.
 - 2) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu OWU;

- dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna) lub 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).
- 3) w przypadku **Utraty pracy**:
- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy w rozumieniu przepisów prawa pracy;
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą, od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - ewentualnie inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
- 4) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
- 5) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**:
- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - dokument opisujący okoliczności zajścia Nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie Nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
- 6) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
11. W przypadku, gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego miesięcznego świadczenia w ramach uznania roszczenia z tytułu Utraty pracy, Pobytu w Szpitalu lub Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku osoba zgłaszająca zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą świadczenia miesięcznego, wyłącznie następujące dokumenty:
- 1) w przypadku **Utraty pracy**:
 - kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu;
 - 2) w przypadku **Pobytu w Szpitalu**:
 - dokumentację medyczną potwierdzającą Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu (karta informacyjna leczenia Szpitalnego);
 - 3) w przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku**:
 - dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (karta informacyjna leczenia Szpitalnego).



Sprawdź, w jakich sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić Ci Świadczenia

ART 14. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Zgon Ubezpieczonego został spowodowany lub nastąpił w następstwie:
 - 1) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 3) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 5) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem licencjonowanych linii lotniczych.
2. W przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu oraz Świadczeń Assistancje medycznej** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Trwała i całkowita niezdolność do pracy, Pobyt w Szpitalu została spowodowana lub nastąpiła w następstwie:

- 1) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
- 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
- 3) próby samobójstwa,
- 4) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
- 5) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. Z uwzględnieniem ust. 2 powyżej, Świadczenie z tytułu **Pobytu w Szpitalu** nie zostanie wypłacone, jeżeli pobyt ten związany był z sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności.
4. W przypadku **Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli pobyt ten został spowodowany lub zaszedł w następstwie:
 - 1) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - 4) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. W przypadku **Poważnego zachorowania** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Poważne zachorowanie zostało spowodowane lub nastąpiło w następstwie:
 - 1) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 2) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
6. W przypadku **Utraty pracy** Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła w następstwie:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenia w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy;
 - b) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, chyba że porozumienie stron nastąpiło z przyczyn dotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy;
 - c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę lub zleceniodawcę odpowiednio stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie w wyniku przyczyn zawinionych przez Ubezpieczonego w rozumieniu kontraktu menedżerskiego, umowy zlecenie lub przepisów prawa regulujących dany stosunek służbowy, chyba, że rozwiązanie nastąpiło w następstwie długotrwałej choroby;
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenie z upływem okresu na jakie były zawarte;
7. W przypadku **Świadczeń Assistance na wypadek Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Utrata pracy nastąpiła:
 - 1) przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 2) w związku z popełnieniem przestępstwa w rozumieniu Ustawy Kodeks Karny, przestępstwa skarbowego lub wykroczenia skarbowego,
 - 3) w związku z próbą samobójczą, umyślnym samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego,
 - 4) w związku z wygaśnięciem umowy o pracę, stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego lub umowy zlecenia.
8. Z uwzględnieniem ust. 2 powyżej, w przypadku **Świadczeń Assistance medyczne** po Pobytku w Szpitalu, Ubezpieczyciel:
 - 1) nie ponosi kosztów w związku z Pobytem w Szpitalu związanego ze:
 - a) sterylizacją, sztucznym zapłodnieniem, leczeniem bezpłodności,
 - b) leczeniem eksperymentalnym,
 - c) zabiegami ze wskazań estetycznych,
 - d) wadami wrodzonymi,
 - e) zaburzeniami psychicznymi, zakwalifikowanymi w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99).

ART 15. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia 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.).

3. W przypadku osób prawnych świadczenia ubezpieczeniowe otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

ART 16. ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela przy ul. Grzybowskiej 78, 00-844 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 Reklamację 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 Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 2 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 niniejszego art., Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia, których zależy rozpatrzenie Reklamacji, a także 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 udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
7. 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).

ART 17. SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Powództwo o roszczenie, 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 18. 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. 19 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia o indeksie VW/CARCP/IB_3_1.1/2020 zatwierdzone przez odpowiednio:
 - Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 4 maja 2020 roku,
 - Reprezentanta zagranicznego przedsiębiorcy Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 4 maja 2020 roku, zmienione uchwałą z dnia 30 września 2021 roku, wchodzą w życie z dniem 1 października 2021 roku.
2. Sprawozdanie o wyptacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Grzegorz Jurczyk



Prezes Zarządu
Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
oraz Reprezentant zagranicznego przedsiębiorcy
Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce

Pierre-Vincent Martin



Członek Zarządu
Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.