

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSIADACZY KART o indeksie BNPP/CARDCPI_3_1.1/2015

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

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



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Posiadaczy Kart oznaczone indeksem **BNPP/CARDCPI_3_1.1/2015** stosuje się do Umowy Ubezpieczenia, tj.:

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

art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Posiadaczy Kart oznaczonych indeksem **BNPP/CARDCPI_3_1.1/2015** (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **Agent** – przedsiębiorca, który wykonuje czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
- 2) **Aktywacja karty** – zmiana statusu karty z nieaktywnej na aktywną, umożliwiającą dokonywanie transakcji przy użyciu karty, dokonana przez Posiadacza karty w sposób wskazany przez bank i określony w regulacjach dotyczących karty opisujących warunki wydawania i użytkowania kart wydawanych przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A.;
- 3) **Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym ustroju Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 4) **Dzień rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej** – dzień otwarcia rachunku Karty;
- 5) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** – dzień wydania Polisy/Wniosekopolisy przez Ubezpieczyciela;
- 6) **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 dnia w Orzeczeniu, za dzień zajścia Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy uznaje się dzień wydania Orzeczenia;
 - c) 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 Warunkach Ubezpieczenia;
 - 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;
 - d) w przypadku Utraty pracy:
 - dla osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę na czas nieokreślony lub określony – dzień rozwiązania stosunku pracy, z zachowaniem ustawowych okresów wypowiedzenia umów o pracę zawartych na czas nieokreślony lub określony, w tym także dzień rozwiązania stosunku służbowego, wskazany w dokumencie orzekającym o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego;
 - dla osób prowadzących działalność gospodarczą – dzień wyrejestrowania działalności z ewidencji działalności gospodarczej w Urzędzie Gminy lub dzień oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości w przypadku braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego;
- 7) **Karta** – karta kredytowa dla klienta indywidualnego, wydana Posiadaczowi karty przez Bank BGŻ BNP Paribas Bank S.A., na podstawie Umowy o korzystanie z karty kredytowej, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami banku;
- 8) **Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane z tytułu Utraty pracy, ustalone przez Ubezpieczyciela w wysokości 5% Salda zadłużenia z dnia naliczenia Składki;
- 9) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 10) **Orzeczenie** – prawomocne orzeczenie lekarskie, wydane zgodnie z postanowieniami odpowiednich przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach dotyczące stanu zdrowia Ubezpieczonego, orzekające o:
 - a) całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy na okres dłuższy niż 5 lat (orzeczenia na okresy krótsze niż 5 lat nie podlegają sumowaniu) wydane przez lekarza orzecznika ZUS, komisję lekarską, wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy nie nabyli

uprawnień do pobierania renty lub emerytury według odpowiednich przepisów prawa polskiego,

- b) **niezdolności do samodzielnej egzystencji** oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres dłuższy niż 2 lata (orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS lub lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego lub w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy prowadzą działalność rolniczą (tj.: działalność w zakresie produkcji roślinnej lub zwierzęcej, w tym ogrodniczej, sadowniczej, pszczelarskiej lub rybnej);
- 11) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu z tytułu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 - 12) **Okres/cykl rozliczeniowy karty** – okres/cykl oznaczony w Umowie o kartę, w którym rozliczane są Transakcje i za który Bank wystawia Zestawienie Transakcji;
 - 13) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, trwający nieprzerwanie 1 miesiąc i automatycznie wznowiany na kolejne miesięczne okresy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny miesięczny Okres ubezpieczenia. Warunkiem i potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata Składki. Okresy ubezpieczenia są równe okresom/cyklom rozliczeniowym karty;
 - 14) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy Ubezpieczenia;
 - 15) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności, Polisa może być podpisana tylko przez Agenta;
 - 16) **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 badaniami histopatologicznymi przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
 - 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 IA (Stage IA) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnowokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
 - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
 - b) **zawał serca** – pierwszy w życiu epizod zawału serca w postaci martwicy części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
 - c) **udar mózgu** – nagłe w efekcie, trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczyńnienia 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 nie pozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrz-



czaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikami 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 wszczępienie 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;
- 17) **Posiadacz karty** – konsument posiadający pełną zdolność do czynności prawnych, z którym Bank BGŻ BNP Paribas S.A. zawarł Umowę o kartę;
- 18) **Przyznany limit** – maksymalna kwota ustalona przez Bank, na którą Posiadacz karty może się zadłużyć korzystając z karty kredytowej;
- 19) **Rachunek karty** – rachunek bankowy prowadzony przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A. na którym rozliczane są transakcje dokonane przy użyciu danej karty oraz do którego przypisana jest dana karta;
- 20) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Posiadacza karty wobec Banku BGŻ BNP Paribas S.A. na dany dzień, wynikające z transakcji dokonanych przy użyciu karty na Dzień zajścia zdarzenia, obejmujące odsetki, prowizje i opłaty należne Bank BGŻ BNP Paribas S.A. z tytułu użytkowania karty oraz wskazane w Zestawieniu transakcji na karcie;
- 21) **Skarga** – wystąpienie Osoby składającej Skargę dotyczące jakości usług świadczonych przez Ubezpieczyciela, w tym zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności. Przez Skargę należy również rozumieć reklamację, zażalenie lub odwołanie od decyzji Ubezpieczyciela;
- 22) **Status bezrobotnego** – status uzyskany przez Ubezpieczonego, po zarejestrowaniu się jako bezrobotny zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego, który uprawnia do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
- 23) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w niniejszych OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 24) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, Składka jest płatna z dołu, to znaczy, że staje się należna w ciągu 30 dni od daty zakończenia Okresu ochrony;
- 25) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk (zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU), w przypadku zajścia Zdarzenia;
- 26) **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;
- 27) **Ubezpieczający** – Posiadacz karty, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który zobowiązuje się do opłacania Składki;
- 28) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub Posiadacz karty objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany w Polisie/ Wnioskopolisie, który wyraził pisemną zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
- 29) **Ubezpieczyciel** – podmiot świadczący Ochronę ubezpieczeniową w ramach niniejszych OWU tj. odpowiednio:
- a) Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ubezpieczenia na

wypadek Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania lub

- b) Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie ubezpieczenia na wypadek Utraty pracy;
- 30) **Umowa o kartę** – Umowa o korzystanie z karty kredytowej, zawarta między Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A., a Posiadaczem karty;
- 31) **Umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta odpowiednio pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym oraz pomiędzy Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych OWU;
- 32) **Uposażony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczającego we Wniosku/ Wnioskopolisie albo określone w niniejszych OWU, uprawnione do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu Ubezpieczonego;
- 33) **Uprawniony** – osoby fizyczne lub prawne wskazane przez Ubezpieczającego we Wniosku/ Wnioskopolisie, które w przypadku zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego, są uprawnione do otrzymania Świadczenia;
- 34) **Utrata pracy** – zdarzenie, skutkujące uzyskaniem statusu bezrobotnego, rozumiane jako:
- a) rozwiązanie umowy o pracę na czas nieokreślony lub określony z Ubezpieczonym przez jego pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia lub rozwiązanie stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony lub określony, w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego,
- b) ogłoszenie upadłości przedsiębiorcy oraz wyrejestrowanie działalności gospodarczej lub oddalenie wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego, poddyktowane przyczynami ekonomicznymi, tj.: uzyskiwaniem przez Ubezpieczonego strat finansowych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (ujemnego wyniku finansowego, liczonego jako różnica między przychodami a kosztami ich uzyskania) przez okres kolejnych 6 miesięcy w czasie trwania Ochrony ubezpieczeniowej;
- 35) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia;
- 36) **Wniosek** – dokument potwierdzający chęć zawarcia Umowy ubezpieczenia, podpisany przez Ubezpieczającego;
- 37) **Wnioskopolis** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, dla ważności dokumentu wymagana jest forma pisemna pod rygorem nieważności;
- 38) **Zastrzeżenie karty** – zgłoszenie przez Ubezpieczonego chęci zastrzeżenia karty, w sposób wskazany przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A. w regulacjach dotyczących karty, skutkujące zablokowaniem wszelkich transakcji dokonywanych przy jej użyciu oraz unieważnieniem karty;
- 39) **Zestawienie transakcji na karcie** – dokument generowany i przekazywany/udostępniany przez Bank BGŻ BNP Paribas S.A., wystawiany imiennie na rzecz Posiadacza karty, zawierający wykaz wszelkich transakcji wykonanych przy użyciu karty w danym miesiącu, wskazujący m.in. wysokość salda zadłużenia na rachunku karty w danym miesiącu;
- 40) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w niniejszych OWU, które miało miejsce w okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
- 41) **Zgon** – zgon Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego oraz ryzyko Utraty pracy przez Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje:
 - a) Zgon,
 - b) Trwałą i całkowitą niezdolność do pracy,
 - c) jedno z niżej wymienionych Zdarzeń, w zależności od aktualnego, na dzień Zdarzenia, źródła dochodu pozyskiwanego przez Ubezpieczonego:
 - **Utratę pracy** – w odniesieniu do osób, które pozyskują dochód z tytułu umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony lub określony albo pozyskują dochód z tytułu stosunku służbowego zawartego na czas nieokreślony lub określony albo dochód z tytułu prowadzenia własnej działalności gospodarczej;
 - **Poważne zachorowanie** – w odniesieniu do osób, które nie podlegają ochronie z tytułu Utraty pracy.
2. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Posiadaczem karty, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia, ukończył 18 rok życia i nie przekroczył w tym dniu 75 roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Posiadacz karty:
 - a) podpisał Wniosek oraz otrzymał od Agenta Polisę lub podpisał



- Wnioskopolisę;
- zawarł z Bankiem BGŻ BNP Paribas S.A. Umowę o kartę, w ramach której limit na rachunku karty nie przekracza 50.000 PLN
 - opłacił Składkę w wymaganym terminie.

art. 4 CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej i trwa miesiąc w rozumieniu definicji Okresu ubezpieczenia. Okres ubezpieczenia jest automatycznie wznawiany na kolejne Okresy ubezpieczeniowe pod warunkiem, że Ubezpieczający lub Ubezpieczyciel nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Ochrony ubezpieczeniowej lub Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Warunkiem i potwierdzeniem ze strony Ubezpieczającego woli przedłużenia Ochrony ubezpieczeniowej na kolejny Okres ubezpieczenia jest zapłata Składki, za wyjątkiem sytuacji, w których składka za dany Okres ubezpieczenia nie była wymagana, w związku z brakiem zadłużenia na rachunku karty.
- Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu Ochrony ubezpieczeniowej w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami Art. 9.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
 - w ostatnim dniu danego Okresu ubezpieczenia w przypadku:
 - złożenia pisemnego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - na skutek odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia;
 - z dniem upływu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia złożonego przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w art. 5 ust. 1 OWU
 - gdy Ubezpieczony ukończył 75 lat;
 - gdy Ubezpieczony ukończył 67 lat – w odniesieniu do ubezpieczenia na wypadek utraty pracy;
 - w dniu rozwiązania Umowy o kartę;
 - w dniu Zgonu Ubezpieczonego;
 - w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania;
 - w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia, za który została opłacona Składka, z zastrzeżeniem zapisów Art. 4, ust. 1.;
 - w dniu odstąpienia od Umowy o kartę;
 - na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w Art. 5 ust. 3 OWU
 - w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.

art. 5 WYPOWIEDZENIE I Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO

- Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi, pisemnie oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone również Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Agenta.
- Wypowiedzenie uznaje się za skuteczne z ostatnim dniem Okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w sposób wskazany w ust. 1.
- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.

art. 6 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składek na zasadach i wysokości wskazanej we Wniosku/Wnioskopolisie i niniejszych OWU.

art. 7 PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w niniejszych OWU.
- 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.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczony obowiązany jest podpisywać Wniosek na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
- Wniosek o wypłatę Świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia) Ubezpieczony (lub inny Uprawniony) powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.
- Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela za pośrednictwem Agenta o zmianie swoich danych osobowych.
- Umysłne udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, stanowi podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia.

SKŁADKA

- Składka jest płatna przez Ubezpieczającego miesięcznie, na zasadach i warunkach wskazanych w Polisie/ Wnioskopolisie.
- Składka zależna jest od wysokości Salda zadłużenia na dzień naliczenia Składki.
- W przypadku zajścia Zdarzenia objętego Ochroną ubezpieczeniową przed opłaceniem Składki za miesiąc, w którym zaszło to Zdarzenie, Świadczenie wypłacane przez Ubezpieczyciela nie ulega pomniejszeniu o kwotę niezapłaconej Składki z uwagi na fakt, iż Ubezpieczający zobowiązany jest do jej opłacenia w pełnej wymaganej wysokości.
- W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

SUMY UBEZPIECZENIA

- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Zgonu, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania jest równa Saldu zadłużenia na dzień naliczenia składki za okres w którym wystąpiło Zdarzenie, przy czym nie więcej niż 50.000 PLN
- Wysokość Sumy ubezpieczenia z tytułu Utraty pracy równa jest, maksymalnie 6 Miesięcznym świadczeniem ubezpieczeniowym, z zastrzeżeniem, że w związku z jednym Zdarzeniem Ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie w wysokości nie większej niż 1.000 PLN.

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ

- W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 ust. 1 OWU.
- W przypadku, gdy **Poważne zachorowanie** nastąpi w czasie pierwszych 90 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia, wskazanej w art. 10 ust. 1, jednak nie więcej niż 50 PLN.
- W przypadku **Utraty pracy przez Ubezpieczonego**, Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, po 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu, w którym Ubezpieczonemu przysługiwał Status bezrobotnego i w którym pobierał zasiłek dla bezrobotnych.
- W przypadku, gdy po upływie okresu, o który, mowa w ust. 3 niniejszego artykułu, Ubezpieczonemu dalej przysługuje Status bezrobotnego lub w przypadku każdego kolejnego Zdarzenia Utraty pracy, Ubezpieczyciel wypłaci kolejne Miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe po każdych 30 dniach nieprzerwanego przysługiwania statusu bezrobotnego danemu Ubezpieczonemu, za które pobrał zasiłek dla bezrobotnych.
- W przypadku, gdy **Utrata pracy** przez Ubezpieczonego nastąpi w czasie pierwszych 60 dni, licząc od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie każdorazowo w wysokości 5% jednego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, jednak nie więcej niż 50 PLN, po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego okresu, w którym Ubezpieczonemu przysługiwał Status bezrobotnego i w którym pobierał zasiłek dla bezrobotnych.
- Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 6 Miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych z tytułu Utraty pracy w okresie każdych 12 miesięcy nieprzerwanego świadczenia Ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku, gdy Ubezpieczyciel wypłaci, w okresie 12 miesięcy, o którym mowa w ust. 6, Świadczenia z tytułu **Utraty pracy** w łącznej kwocie równej Sumie ubezpieczenia wskazanej w Art. 10 ust. 2 lub wypłaci 6 Miesięcznych świadczeń ubezpieczeniowych, Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu z tytułu Utraty pracy wygasa w tym okresie.

SPOSÓB ZGLASZANIA ZDARZEŃ ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

- W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta



zajście Zdarzenia w formie pisemnej na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9 niniejszego artykułu.

2. Wymagane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do Formularzu Zgłoszenia Roszczenia były oryginałami lub odpisami albo były poświadczane za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Agenta lub przez uprawniony do tego organ. W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczane przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania Formularza Zgłoszenia Roszczenia.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, 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 osobę zgłaszającą roszczenie, przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uprawnionego lub Uposażonego.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest dostarczenie informacji o wysokości zobowiązań z tytułu Umowy kredytu na Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Polisy/ Wnioskopolisy oraz następujących dokumentów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 niniejszego artykułu:
 - a) w przypadku **Zgonu**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - odpis aktu Zgonu Ubezpieczonego;
 - dokument określający przyczynę Zgonu (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - 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;
 - b) w przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - odpowiednie Orzeczenie w rozumieniu niniejszych OWU;
 - dokument określający przyczynę niezdolności Ubezpieczonego do pracy (dokumentacja medyczna lub dokument opisujący okoliczności zajścia nieszczęśliwego wypadku (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - c) w przypadku **Poważnego zachorowania**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań;
 - dokument potwierdzający źródło dochodów Ubezpieczonego (np. kopia umowy o pracę);
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
- d) w przypadku **Utraty pracy**:
 - Formularz Zgłoszenia Roszczenia lub pisemne zgłoszenie roszczenia o wypłatę Świadczenia;
 - w przypadku osób zatrudnionych w oparciu o umowę o pracę: świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia lub kopia oświadczenia pracodawcy o rozwiązaniu stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa pracy;
 - w przypadku prowadzenia własnej działalności gospodarczej: wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej lub zaświadczenie o oddaleniu wniosku o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego wraz z dokumentem potwierdzającym uzyskiwanie przez Ubezpieczonego strat finansowych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej (tj.: ujemnego wyniku finansowego, liczonego jako różnica między przychodami, a kosztami ich uzyskania w okresie 6 miesięcy przed zajściem Zdarzenia);
 - zaświadczenie informujące o źródle dochodów na Dzień zajścia zdarzenia;
 - zaświadczenie o uzyskaniu statusu bezrobotnego wraz z datą od kiedy przysługuje Ubezpieczonemu prawo do pobierania zasiłku dla bezrobotnych;
 - inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości Świadczenia.
 10. W przypadku gdy są podstawy do wypłaty drugiego oraz każdego kolejnego Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego w ramach uznania podstaw do wypłaty Świadczenia z tytułu Utraty pracy, osoba zgłaszająca Zdarzenie jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi, przed każdą wypłatą Miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, wyłącznie kopię zaświadczenia z Urzędu Pracy potwierdzającego posiadanie prawa do zasiłku dla bezrobotnych oraz statusu bezrobotnego w ostatnim dniu danego okresu.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku **Zgonu Ubezpieczonego**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) samobójstwa, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od Dnia rozpoczęcia Ochrony ubezpieczeniowej
 - c) czynnego udziału w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnego udziału w zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - d) usiłowania lub popełnienia przestępstwa,
 - e) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - f) zdarzenia związanego bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. W przypadku **Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności trwała i całkowita niezdolność do pracy została spowodowana lub zaszła wskutek:
 - a) usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa lub przestępstwa
 - b) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - c) 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,
 - d) próby samobójstwa,
 - e) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego,

art. 13



- niezależnie od stanu jego poczytalności,
- f) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - g) poddania się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony,
 - h) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku **Poważnego zachorowania**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli poważne zachorowanie zostało spowodowane lub zaszło wskutek:
 - a) następstw i konsekwencji chorób lub wypadków, odpowiednio rozpoznanych lub leczonych lub mających miejsce, przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - c) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
 4. Prawo do otrzymania Świadczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego (raka) nie przysługuje w przypadku, jeśli:
 - a) przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony otrzymał skierowanie na testy lub badania, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - b) Ubezpieczony oczekiwał na wyniki testów lub badań przeprowadzonych przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie których został zdiagnozowany Nowotwór złośliwy (rak);
 - c) rozpoznanie Nowotworu złośliwego (raka) było poprzedzone objawami chorobowymi, której wystąpiły po raz pierwszy przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.
 5. W przypadku **Utraty pracy**, Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli utrata pracy nastąpiła wskutek:
 - w przypadku osób fizycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, kontraktu menedżerskiego lub stosunku służbowego:
 - a) rozwiązania przez Ubezpieczonego stosunku służbowego, umowy o pracę w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa regulujących dany stosunek, z wyłączeniem trybu rozwiązania umowy przez pracownika bez wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie pracodawcy w trybie art. 55 § 1¹ Kodeksu Pracy,
 - b) rozwiązania stosunku służbowego oraz umowy o pracę za porozumieniem stron, w rozumieniu przepisów prawa pracy lub innych przepisów prawa, chyba że porozumienie stron nastąpiło w przyczyn niedotyczących pracownika z powodu upadłości, likwidacji pracodawcy lub zmniejszenia zatrudnienia z przyczyn dotyczących zakładu pracy, a porozumienie stron miało miejsce w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Utraty pracy,
 - c) rozwiązania przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym bez wypowiedzenia a także w związku z rozwiązaniem przez pracodawcę odpowiednio stosunku służbowego w wyniku przyczyn zwinionych przez Ubezpieczonego, chyba, że rozwiązanie nastąpiło wskutek długotrwałej choroby,
 - d) rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego z upływem okresu na jaki była zawarta,
 - e) rozwiązania stosunku służbowego, umowy o pracę, gdy Ubezpieczony otrzymał wypowiedzenie przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - w przypadku osób fizycznych prowadzących Działalność gospodarczą:
 - f) usiłowania popełnienia lub dokonania przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - g) zaprzestania prowadzenia Działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego z innych powodów niż ekonomiczne,
 - h) zakończenia prowadzenia Działalności gospodarczej wskutek wniosków złożonych przed Dniem zawarcia Umowy ubezpieczenia.

art. 15

ROZPATRYWANIE SKARG

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz w miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego Artykułu, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia udzielenie odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę odpowiednio do Zarządu Ubezpieczyciela lub Dyrekcji Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
8. Osoba składająca Skargę ma prawo złożyć Skargę osobiście lub za pośrednictwem wyznaczonego przez siebie pełnomocnika, który do Skargi załączy pełnomocnictwo udzielone w formie pisemnej przez Osobę składającą Skargę.
9. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
10. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.
11. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrywania Skargi, Osoba składająca Skargę powinna podać swoje imię, nazwisko, adres zamieszkania oraz ewentualnie inne dane pozwalające na kontakt ze strony Ubezpieczyciela.
12. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 16

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami Ubezpieczenia, mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego.
2. Sprawy sporne, wynikające z Umów 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.
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).

art. 17

SYSTEM MONETARNY

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

art. 14

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.



1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Posiadaczy kart o indeksie **BNPP/CARDCPI_3_1.1/2015** zatwierdzone przez odpowiednio:
 - a) Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 31 marca 2015, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia 2015 roku, zmienione uchwałą Zarządu z dnia 15 grudnia 2015 z późniejszymi zmianami,
 - b) Dyрекję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce uchwałą z dnia 31 marca 2015, wchodzą w życie z dniem 1 kwietnia, zmienione uchwałą Dyrekcji z dnia 15 grudnia 2015 roku z późniejszymi zmianami.
2. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

