OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA KREDYTOBIORCÓW O INDEKSIE BGZBNPP/CASHCPI_3_1.4/2018

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 świadczenia.

Aby ułatwić Ci lekturę, umieściliśmy przy najważniejszych fragmentach tekstu nasze komentarze opatrzone wykrzyknikami.

Na końcu dokumentu znajdziesz możliwe formy kontaktu z nami.

Zespół Cardif

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.2 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 12, 17, 18, 26, 36, 37, 38 ART. 4 W ZWIĄZKU Z ART. 1 PKT 3, 6, 7, 11, 12, 17, 18, 26, 27, 30, 31, 36 ART. 9 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 15, 17, 18, 20, 23, 26, 36, 37, 38, ART. 10 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 12, 17, 18, 19, 20, 24, 30, 32, 37, 38.
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	ART. 6 UST. 3, ART.12 W ZWIĄZKU Z ART.1 PKT 17, 18, 27, 37, 38.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kredytobiorców oznaczone indeksem BGZBNPP/CASHCPI_3_1.4/2018 stosuje się do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym.

art. 1 **DEFINICJE**

W Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Kredytobiorców o indeksie BGZBNPP/CASHCPI_3_1.4/2018 (dalej: OWU) oraz w pozostałych dokumentach dotyczących Umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenie:

1) **Agent** – Przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie składki ubezpieczeniowej; uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży; na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego;
2) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
3) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia Kredytu, jednak nie wcześniej niż Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia;
4) **Dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia** –
   a) dzień złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia w postaci elektronicznej, wyrażającego zgodę na zawarcie Umowy ubezpieczenia, o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (internet) albo
   b) dzień podpisania Wnioskopolisy przez Ubezpieczyciela, Ubezpieczającego i Ubezpieczonego - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość,
   z zastrzeżeniem, że nie jest to dzień wcześniejszy niż dzień zawarcia Umowy kredytu;
5) **Dzień zajścia Zdarzenia** –
   a) w przypadku Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – 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 Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – dzień przyjęcia do Szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w Szpitalu;
   d) w przypadku Poważnego zachorowania, w zależności od zdarzenia lub choroby:
      - dla nowotworu złośliwego (rak), zawału serca, udaru mózgu, niewydolności nerek – dzień wydania diagnozy przez lekarza, potwierdzającej zgodność danej choroby z opisem choroby wskazanej w OWU,
      - dla operacji pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – dzień przeprowadzenia zabiegu,
      - dla przeszczepu narządów – dzień wykonania zabiegu albo gdy zakwalifikowano Ubezpieczonego na listę biorców, dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep;
6) **Kontynuacja Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu** – Ochrona ubezpieczeniowa udzielana Ubezpieczonemu do końca trwania Okresu ubezpieczenia, świadczona w przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu na zasadach opisanych w OWU;
7) **Kredyt** – kredyt gotówkowy (w tym restrukturyzowany) udzielany przez Kredytodawcę, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami Kredytodawcy;
8) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, w tym osoba prowadząca własną działalność gospodarczą lub rolniczą, będąca rezydentem lub obywatelem Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła z Kredytodawcą Umowę kredytu;
9) **Kredytodawca (Bank)** – BNP Paribas Bank Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, kod pocztowy 01-211, ul. Kasprzaka 10/16, udzielający Kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku;
10) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
11) **Ochrona ubezpieczeniowa** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela danemu Ubezpieczonemu, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
12) **Okres ubezpieczenia** – czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczynający się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i trwający do końca Umowy kredytu zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat nie dłużej niż 120 miesięcy, z zastrzeżeniem Art. 4;
13) **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 lat nie podlegają sumowaniu), 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;
   b) niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałej lub długotrwałej opieki innej osoby na okres co najmniej 2 lata (przy założeniu, że orzeczenia na okresy krótsze nie podlegają sumowaniu), wydane przez lekarza orzecznika ZUS, lekarza rzeczoznawcę KRUS, komisję lekarską lub wyrok sądu – w odniesieniu do Ubezpieczonych, którzy pobierają rentę lub emeryturę według odpowiednich przepisów prawa polskiego;
14) **Osoba składająca Reklamację** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
15) **Pakiet** – jeden z pakietów określający zakres Ochrony ubezpieczeniowej;
16) **Pierwotny harmonogram spłat** – dokument wystawiony przez Kredytodawcę, sporządzony do 14 dni od uruchomienia Kredytu, wskazujący wysokość oraz terminy spłat poszczególnych Rat kredytu należnych Kredytodawcy z tytułu zawartej Umowy kredytu, w tym wskazujący wysokość Salda zadłużenia po spłacie każdej z Rat kredytu;
17) **Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu celem leczenia 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;
18) **Poważne zachorowanie** – jedno z następujących zdarzeń lub chorób:
   a) nowotwór złośliwy (rak) – nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujących naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przez lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
      - rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 (CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia) oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
      - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
      - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) =< 1mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.;
      - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), podstawnokomórkowy rak skóry i kolczystokomórkowy rak skóry;
      - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
      - wczesne zróżnicowane nowotwory tarczycy (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
      - choroba Hodgkina w pierwszym stadium;
      - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3;
   b) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego jako skutek ostrego niedokrwienia określonego obszaru mięśnia sercowego, rozpoznany na podstawie wystąpienia typowego dla zawału bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowe bólu w klatce piersiowej (angina pectoris);
   c) udar mózgu – nagłe, w efekcie trwałe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie wynaczynienia krwi, niedokrwienia lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, skutkujące wystąpieniem deficytów neurologicznych trwających nie krócej niż 24 godziny i potwierdzone badaniem lekarskim. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są: epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA); udar niepozostawiający trwałego ubytku funkcji OUN; udar niedokrwienny mózgu jako skutek nagłego zatrzymania oddechu i/lub krążenia oraz zawał tkanki mózgowej lub krwawienie wewnątrzczaszkowe spowodowane urazem. Rozpoznanie trwałego uszkodzenia OUN musi być potwierdzone badaniem specjalisty neurologa i wynikiem badania metodą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego nie wcześniej niż po upływie 8 tygodni od czasu wystąpienia pierwszych objawów;
   d) niewydolność nerek – schyłkowe stadium przewlekłego, trwałego i całkowitego uszkodzenia funkcji obu nerek skutkujące koniecznością dializoterapii lub przeszczepu nerki. Diagnoza musi być jednoznacznie potwierdzona dokumentacją medyczną;
   e) operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass) – przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mające na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona w następstwie zalecenia specjalisty kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;

Zapoznanie się z definicjami ułatwi Ci zrozumienie OWU

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;

19) **Rata kredytu** – kwota należna Kredytodawcy za dany miesiąc trwania Umowy kredytu, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Pierwotnym harmonogramie spłat załączonym do Umowy kredytu, obejmująca kapitał oraz odsetki obliczone od nieprzeterminowanej części kapitału;
20) **Reklamacja** – wystąpienie Osoby składającej Reklamację dotyczące zawarcia i realizacji Umowy ubezpieczenia lub wykonywanej przez Ubezpieczyciela działalności;
21) **Saldo zadłużenia** – zobowiązanie Kredytobiorcy wobec Kredytodawcy wynikające z Umowy kredytu, na Dzień zajścia Zdarzenia, obejmujące kapitał oraz odsetki umowne należne na Dzień zajścia Zdarzenia, zgodnie z Pierwotnym harmonogramem spłat;
22) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej, przeznaczona co najmniej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela;
23) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w OWU określająca maksymalną wysokość odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
24) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa, publiczny lub niepubliczny zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna nad chorymi i ich leczenie, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym, zatrudniający personel medyczny oraz zapewniający 24 – godzinną wykwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w trybie ciągłym, utrzymujący stałe miejsca szpitalne dla pacjentów oraz prowadzący i gromadzący dla każdego pacjenta pełną dokumentację medyczną; 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;
25) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Uposażonemu z tytułu Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku lub Uprawnionemu z tytułu innych ryzyk (zgodnie z postanowieniami 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 jakiejkolwiek pracy zarobkowej, potwierdzony odpowiednim Orzeczeniem w rozumieniu OWU;
27) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki;
28) **Ubezpieczony** – Ubezpieczający lub każdy inny Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową;
29) **Ubezpieczyciel** –Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą przy pl. Piłsudskiego 2 w Warszawie;
30) **Umowa kredytu** – umowa Kredytu zawarta pomiędzy Kredytodawcą, a Kredytobiorcą;
31) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a Ubezpieczającym;
32) **Uposażony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczonego we Wnioskopolisie albo określona w OWU uprawniona do otrzymania Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
33) **Uprawniony** – osoba fizyczna lub prawna wskazana przez Ubezpieczającego we Wnioskopolisie albo określona w OWU, uprawniona do otrzymania Świadczenia w przypadku zajścia Zdarzeń innych niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
34) **Wcześniejsza całkowita spłata Kredytu** - spłata zadłużenia wynikającego z Umowy kredytu przed końcem Pierwotnego harmonogramu spłat;
35) **Wnioskopolisa** - dokument potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia, w zależności od sposobu wyrażenia przez Ubezpieczającego woli objęcia ochroną jest to:
   a) oświadczenie złożone w formie elektronicznej na formularzu Ubezpieczyciela - w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (internet) albo
   b) dokument sporządzony w formie pisemnej, na formularzu Ubezpieczyciela, w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia w sposób inny niż za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość;
36) **Zdarzenie** – zdarzenie wymienione w OWU, które miało miejsce w Okresie ubezpieczenia, oraz którego zajście powoduje powstanie prawa do wnioskowania o wypłatę Świadczenia;
37) **Zgon** – śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiejkolwiek przyczyny;
38) **Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku** – śmierć Ubezpieczonego, która miała miejsce przed upływem 180 dni od wystąpienia Nieszczęśliwego wypadku, jeśli pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem, a Zgonem Ubezpieczonego występuje związek przyczynowo-skutkowy.

Co obejmuje Twoje ubezpieczenie?

art. 2

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia w zależności od Pakietu obejmuje następujące Zdarzenia, które zaszły w trakcie trwania Ochrony ubezpieczeniowej. Wybrany przez Ubezpieczonego Pakiet wskazany jest we Wnioskopolisie:

Nazwa pakietu	Zgon	Zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Poważne zachorowanie
Pakiet Zielony	■	■	■		
Pakiet Srebrny	■	■	■	■	
Pakiet Złoty	■	■	■	■	■
Pakiet Platynowy	■	■	■	■	■

3. Ubezpieczony jest objęty Ochroną ubezpieczeniową na całym świecie, niezależnie od miejsca pobytu.

art. 3

WARUNKI ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta z Kredytobiorcą, który najpóźniej w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończył 18. rok życia i nie przekroczył w tym dniu, wraz z okresem trwania Umowy kredytu, 75. roku życia.
2. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest, aby Kredytobiorca:
   a) podpisał Wnioskopolisę lub złożył oświadczenie w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy,
   b) zawarł z Kredytodawcą Umowę kredytu w wysokości nieprzekraczającej 200.000 PLN, z zastrzeżeniem, iż suma udzielonych kredytów, przy zawieraniu, których Kredytobiorca został objęty Ochroną ubezpieczeniową przez Ubezpieczyciela nie może przekroczyć 200.000 PLN, oraz
   c) będący Ubezpieczającym zobowiązał się do opłacenia Składki w terminie wskazanym we Wnioskopolisie.
3. W przypadku, gdy w ramach jednej Umowy kredytu występuje więcej niż jeden Kredytobiorca, Ochroną ubezpieczeniową muszą zostać objęci wszyscy Kredytobiorcy, chyba że któryś z Kredytobiorców nie spełnia warunków określonych w ust. 1 i 2 a) oraz 2 b) przy czym Ochroną ubezpieczeniową z tytułu jednej Umowy kredytu może być objętych nie więcej niż dwóch Kredytobiorców.

Jak długo trwa Twoja ochrona?

art. 4

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się:
   a) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Zgonu, Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku;
   b) trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania;

   i trwa nieprzerwanie do dnia wskazanego w Pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Kredytu, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 niniejszego artykułu.
2. Ubezpieczyciel udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie i na zasadach opisanych w OWU oraz w okresie, za jaki została opłacona Składka, zgodnie z postanowieniami art. 8.
3. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa:
   a) w dniu zgonu Ubezpieczonego;
   b) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania - w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego;
   c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat;

4. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa:
   a) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu;
   b) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej.
   c) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia;
   d) z upływem 120 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia;
   e) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona;
   f) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia;
   g) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu;
   h) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy kredytu, z zastrzeżeniem ust.5;

   w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze.
5. W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca Okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
6. W przypadku, gdy Ubezpieczający odstąpi od Umowy kredytu Ubezpieczeni w ramach danej Umowy kredytu będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
7. W przypadkach innych niż opisane w ust. 3 i 4, gdy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia stosunek prawny, wynikający z Umowy kredytu łączący Kredytodawcę z którymkolwiek z Kredytobiorców lub stosunek prawny, wynikający z Umowy ubezpieczenia łączący Ubezpieczyciela z którymkolwiek z Ubezpieczonych ulegnie rozwiązaniu, Ochrona ubezpieczeniowa wobec tego Kredytobiorcy wygasa, z zastrzeżeniem, że Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do pozostałego Kredytobiorcy kontynuowana jest na zasadach wskazanych w OWU do wysokości Sumy ubezpieczenia zgodnie z art. 9 ust. 6 OWU.

art. 5

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

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje z upływem okresu wypowiedzenia tj. 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. Odstąpienie, wypowiedzenie lub rezygnacja z Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczony może zrezygnować z Umowy ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta. 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 I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki na zasadach określonych w OWU oraz we Wnioskopolisie.
2. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela, również za pośrednictwem Agenta ubezpieczeniowego, o zmianie swoich danych osobowych.
3. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty Świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Ubezpieczyciel może powoływać się na ten zarzut, jeżeli Zdarzenie miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności Zdarzenia, odpowiedzialności ubezpieczyciela lub miało na celu wyłudzenie Świadczenia. Wniosek o wypłatę Świadczenia, Ubezpieczony, Uposażony, Uprawniony (lub inna osoba zgłaszająca roszczenie) może składać np. na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Agenta.

art. 7

PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty Świadczeń w wysokości i na zasadach opisanych w OWU.
2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu przyznania Świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
3. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, w tym danych osób, jakie pozyskał w związku z objęciem ich Ochroną ubezpieczeniową, a także innych danych, w tym dotyczących osób wymienionych w dokumentach dołączonych do wniosku o wypłatę Świadczenia. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy także danych osób, których nie objął ubezpieczeniem, a którzy wnioskowali o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

art. 8

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

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

art. 9

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu Zgonu dla poszczególnych pakietów wynosi:
   a) dla Pakietu Zielonego oraz Srebrnego – równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 200.000 PLN,
   b) dla Pakietu Złotego – równa jest 150% Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 300.000 PLN,
   c) dla Pakietu Platynowego - równa jest 300% Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 135.000 PLN.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku dla poszczególnych Pakietów wynosi:
   a) dla Pakietu Zielonego, Srebrnego, Złotego - równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 200.000 PLN,
   b) dla Pakietu Platynowego - równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 45.000 PLN.
3. Suma ubezpieczenia z tytułu Poważnego zachorowania dla poszczególnych Pakietów wynosi:
   a) dla Pakietu Złotego – równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 200.000 PLN,
   b) dla Pakietu Platynowego – równa jest kwocie Salda zadłużenia na dzień zajścia Zdarzenia, jednak nie więcej niż 45.000 PLN.
4. W przypadku, gdy Zgon nastąpi w następstwie Nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu Zgonu oraz Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku wynosi równowartość 12 Rat kredytu w całym Okresie ubezpieczenia, przy czym nie więcej niż 24.000 PLN.
6. 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 na Dzień przystąpienia do ubezpieczenia.
7. Po wypłacie świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, 2, 3 oraz 5, z zastrzeżeniem ust. 6 - dla jednego Ubezpieczonego, dalszy podział Sumy ubezpieczenia przypadającej na drugiego Ubezpieczonego nie będzie dokonywany.

Sprawdź, kiedy i jaką sumę wypłacimy

art. 10

WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

1. W przypadku Zgonu Ubezpieczonego, Zgonu Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie równe Sumie ubezpieczenia, ustalonej zgodnie z treścią art. 10.
2. W przypadku zgłoszenia roszczenia z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania po wypłacie Świadczenia z tytułu Zgonu lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Świadczenie z tytułu Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy lub Poważnego zachorowania zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu zgonu.
3. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

danego Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci pierwsze Świadczenie w wysokości jednej Raty kredytu przypadającej do zapłaty bezpośrednio po 3 dniach nieprzerwanego Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

4. W przypadku, gdy po zakończeniu 3 dniowego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, o którym mowa w ust. 3, Ubezpieczony nadal będzie przebywał w Szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie, każdorazowo w wysokości jednej Raty kredytu, przypadającej do zapłaty bezpośrednio po każdych 30 kolejnych dniach nieprzerwanego Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.
5. Ubezpieczyciel wypłaci nie więcej niż 12 Świadczeń równych Ratom kredytu, bez względu na liczbę zdarzeń (Pobytów w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku) w całym Okresie ubezpieczenia, przy czym pojedyncze Świadczenie nie może wynieść więcej niż 2.000 PLN.
6. Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku dzielone jest proporcjonalnie do liczby osób objętych ochroną na Dzień przystąpienia do Umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku, gdy należne Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 niniejszego artykułu, przewyższa kwotę Salda zadłużenia z tytułu Umowy kredytu wyliczonego przez Bank na Dzień zajścia Zdarzenia oraz w przypadku wypłaty Świadczenia w związku ze Zdarzeniem jakie zaszło w okresie Kontynuacji Ochrony ubezpieczeniowej po Wcześniejszej całkowitej spłacie Kredytu; kwota nadwyżki wypłacana jest następującym osobom uprawnionym w kolejności:
   a) Ubezpieczony,
   b) współmałżonek Ubezpieczonego – jeśli brak Ubezpieczonego,
   c) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka i Ubezpieczonego,
   d) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
   e) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci, współmałżonka i Ubezpieczonego,
   f) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

art. 11

SPOSÓB ZGŁASZANIA ZDARZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH ORAZ WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zajścia Zdarzenia, Ubezpieczony lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia w formie pisemnej np.: na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczenia oraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w ust. 9.
2. Wskazane jest, aby wszelkie dokumenty dołączone do wniosku o wypłatę Świadczenia (z wyłączeniem dokumentacji kredytowej) były oryginałami lub odpisami (poświadczonymi za zgodność z oryginałem przez upoważnionych pracowników Kredytodawcy lub przez uprawniony do tego organ). W przypadku dokumentów sporządzonych w języku innym niż język polski, wymagane jest, aby do każdego dokumentu dołączone były dokumenty zawierające tłumaczenie na język polski, poświadczone przez uprawniony do tego organ lub tłumacza przysięgłego.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego Zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu.
5. Gdyby wyjaśnienie w terminie wskazanym w ust. 4 niniejszego artykułu, okoliczności koniecznych do ustalenia Świadczenia lub wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W tym przypadku Ubezpieczyciel zawiadomi na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, jednakże bezsporną część Świadczenia, Ubezpieczyciel spełni w terminie przewidzianym w ust. 4 niniejszego artykułu.
6. W przypadku, gdy Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 4 i 5 niniejszego artykułu, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
7. W przypadku, gdy Świadczenie przysługuje, Ubezpieczyciel informuje o tym fakcie Ubezpieczającego lub inną osobę zgłaszającą roszczenie przekazując jej pisemną informację o wypłacie Świadczenia.
8. Wypłata Świadczenia realizowana jest przelewem na rachunek bankowy Uposażonego w przypadku ryzyka Zgonu Ubezpieczonego lub Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, natomiast w przypadku wypłaty Świadczenia z innego ryzyka niż Zgon lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – Uprawnionemu na wskazany rachunek bankowy.
9. W celu rozpatrzenia roszczenia niezbędne jest przekazanie przez zgłaszającego roszczenie Formularza Zgłoszenia Roszczenia lub pisemnego zgłoszenia roszczenia o wypłatę Świadczenia oraz następujących dokumentów:

W przypadku	Wymagane dokumenty
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); - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - dokument opisujący okoliczności zajścia Zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku); - dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego; - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	- 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); - inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;
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 ubezpieczeniowego (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);
Poważnego zachorowania	- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebycie operacji wymienionej w katalogu Poważnych zachorowań; - jeżeli do Zdarzenia doszło w następstwie Nieszczęśliwego wypadku - 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 niezbędne do rozpatrzenia roszczenia;

Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	- dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (np. 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 niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Dodatkowe dokumenty dostarczane przed wypłatą każdego kolejnego miesięcznego Świadczenia.

art. 12

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku Zgonu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
   a) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia przystąpienia do ubezpieczenia;
   b) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
   c) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
   d) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
   e) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. W przypadku Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
   a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
   b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
   c) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
   d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
3. W przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
   a) czynnym udziałem w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
   b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
   c) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków, lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
   d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
   e) próbą samobójstwa;
   f) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.
4. W przypadku Poważnego Zachorowania odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia nastąpiło w związku z:
   a) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
   b) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
   c) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzeniem wykorzystującym energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
5. W przypadku Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpiło w związku z:
   a) czynnym udziałem Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywnym udziałem w zamieszkach, świadomym i dobrowolnym uczestnictwem w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej;
   b) usiłowaniem lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
   c) pozostawaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony;
   d) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
   e) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

art. 13

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2. W przypadku osób fizycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie.
3. W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.).

art. 14

ROZPATRYWANIE REKLAMACJI

1. Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
4. Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
5. Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Reklamacji udostępnianie są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

art. 15

SĄD WŁAŚCIWY I ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku 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).

4. Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE konsument może skorzystać z platformy internetowego rozstrzygania sporów (platforma ODR), która jest dostępna pod adresem: http://ec.europa.eu/consumers/odr/
5. W przypadkach określonych w art. 114 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. 2013 poz. 392 z późn. zm.) wypłata świadczeń jest zabezpieczona przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

art. 16

SYSTEM MONETARNY

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

art. 17

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zgodnie z treścią Art. 7 ust. 1 pkt 2) ustawy z dnia 7 października 1999 r. o języku polskim (tekst jednolity: Dz. U. 2011 r. Nr 43 poz. 224) językiem używanym przy wykonaniu Umowy ubezpieczenia jest język polski.
2. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia dla Kredytobiorców o indeksie BGZBNPP/CASHCPI_3_1.4/2018 zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. uchwałą z dnia 25 maja 2018 roku.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

Grzegorz Jurczyk-
Prezes zarządu



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
Oddział w Polsce Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Telefon: +48 22 529 17 09
Fax: +48 22 52 9 01 01

E-mail, gdy chcesz zgłosić wniosek o wypłatę świadczenia:
roszczenia@cardif.pl
E-mail, gdy chcesz złożyć skargę: reklamacje@cardif.pl

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

Kontakt z nami

BNP PARIBAS CARDIF



Zgłoś roszczenie
www.cardif.pl
zakładka:
"Zgłoś roszczenie on-line"

KARTA PRODUKTU

DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
o indeksie BGZBNPP/CASHCPI_3_1.4/2018
(dalej zwanych OWU)

Karta Produktu ma za zadanie przedstawić kluczowe informacje o ubezpieczeniu. Jest to materiał informacyjny. Terminy pisane wielką literą mają znaczenie nadane im w OWU. Karta Produktu nie jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia oraz nie stanowi oferty w rozumieniu kodeksu cywilnego.
Decyzję o zawarciu Umowy ubezpieczenia należy podjąć po wcześniejszym zapoznaniu się z OWU, w których znajdują się szczegółowe informacje o ubezpieczeniu oraz definicje użytych pojęć.

Dane	
Ubezpieczyciel	• Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie, przy pl. Piłsudskiego 2.
Rola Banku	• Kredytodawca, który udziela Tobie kredytu w oparciu o wewnętrzne regulacje obowiązujące w Banku, będący jednocześnie Agentem.
Agent	• Przedsiębiorca wykonujący czynności agencyjne za wynagrodzeniem prowizyjnym otrzymywanym od Ubezpieczyciela, uwzględnionym w kwocie składki ubezpieczeniowej; uzyskujący również inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży; na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Ubezpieczycielem w zakresie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.
Ubezpieczony	• Ubezpieczający lub każdy inny Kredytobiorca objęty Ochroną ubezpieczeniową na podstawie OWU, wskazany we Wnioskopolisie, który wyraził zgodę na objęcie Ochroną ubezpieczeniową.
Ubezpieczający	• Kredytobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia i który jest zobowiązany do opłacenia Składki.
Typ Umowy ubezpieczenia	• Indywidualna Umowa ubezpieczenia.
Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia	• Do ubezpieczenia możesz przystąpić, jeżeli w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ukończyłeś 18. rok życia i w dniu spłaty kredytu wskazanym w Pierwotnym harmonogramie spłat nie przekroczysz 75. roku życia. • Aby zawrzeć Umowę ubezpieczenia, Kredytobiorca zawiera Umowę kredytu, podpisuje Wnioskopolisę albo składa oświadczenie w postaci elektronicznej o treści zgodnej z treścią Wnioskopolisy oraz zobowiązany jest do opłacenia Składki na zasadach określonych w OWU i Wnioskopolisie.

BNP PARIBAS CARDIF

ZAKRES UBEZPIECZENIA	PAKIET ZŁOTY
Zgon	x
Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	x
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	x
Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	x
Poważne zachorowanie	x
SKŁADKA	składka jednorazowa = kwota udzielonego Kredytu x Stawka x liczba miesięcy ochrony
STAWKA	0,300%

NAJWAŻNIEJSZE INFORMACJE	
Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	• Twoja Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu uruchomienia Kredytu nie wcześniej jednak niż w Dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia i udzielana jest w okresie, za jaki została opłacona Składka, czyli do dnia określonego w Pierwotnym harmonogramie spłat, jako dzień całkowitej spłaty Kredytu, jednak nie dłużej niż na 120 miesiące. • Okres ubezpieczenia względem Ubezpieczonego rozpoczyna się trzydziestego pierwszego dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – w przypadku ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania. • Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego wygasa: a) w dniu zgonu Ubezpieczonego; b) w przypadku Trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz Poważnego zachorowania w Dniu zajścia Zdarzenia, pod warunkiem wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego; c) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat. • Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do wszystkich Ubezpieczonych wygasa: a) w przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu; b) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczyciel otrzymał od Ubezpieczonego pisemną rezygnację z Ochrony ubezpieczeniowej; c) w dniu, w którym Ubezpieczający skutecznie odstąpił od Umowy ubezpieczenia; d) w ostatnim dniu Okresu ubezpieczenia; e) z upływem 120 miesięcy od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia; f) w dniu, w którym Składka była wymagalna do zapłaty przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową ubezpieczenia, a nie została przez niego opłacona; g) w dniu odstąpienia od Umowy kredytu; h) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy kredytu, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 5 OWU; w zależności, które ze zdarzeń nastąpi pierwsze. • W przypadku Wcześniejszej całkowitej spłaty Kredytu, Ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca Okresu ubezpieczenia, o ile Ubezpieczony nie złożył oświadczenia o rezygnacji z Ochrony ubezpieczeniowej.
Składka	• Płatna jest przez Ubezpieczającego, za pośrednictwem Agenta, na zasadach wskazanych w OWU oraz we Wnioskopolisie. • Opłacana jest jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia i zależy od wysokości początkowej kwoty Kredytu, długości trwania Okresu ubezpieczenia oraz wybranego Pakietu. • W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.
Świadczenie Ubezpieczyciela	• W przypadku zaistnienia zdarzeń objętych zakresem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenia w wysokości określonej w OWU dla danego ryzyka.
Liczba ubezpieczonych	• W przypadku, gdy Ochrona ubezpieczeniową z tytułu danej Umowy kredytu objętych zostało więcej Kredytobiorców niż jeden, Suma ubezpieczenia ulega podziałowi proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

BNP PARIBAS CARDIF

ZAKRES UBEZPIECZENIA	SUMA UBEZPIECZENIA
	PAKIET ZŁOTY
Zgon	150% Salda zadłużenia nie więcej niż 300.000 PLN
Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Saldo zadłużenia nie więcej niż 200.000 PLN
Trwała i całkowita niezdolność do pracy	
Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Równowartość maksymalnie 12 Rat kredytu, nie więcej niż 24.000 PLN
Poważne zachorowanie	Saldo zadłużenia nie więcej niż 200.000 PLN

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	Z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone są przypadki, w których Zdarzenie zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:			
ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE / PRZYCZYNA POWSTANIA ZDARZENIA	Zgon	Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	Trwała i całkowita niezdolność do pracy	Pobyt w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku
	PAKIET ZŁOTY			
samobójstwo, które miało miejsce w ciągu pierwszego roku od Dnia zawarcia Umowy Ubezpieczenia	x			
czynny udział w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, aktywny udział w zamieszkach, świadome i dobrowolne uczestnictwo w aktach przemocy, chyba że udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej	x	x	x	x
usiłowanie lub popełnienie przez Ubezpieczonego przestępstwa	x	x	x	x
pozostawanie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych lub środków psychoaktywnych (tzw. dopalaczy) za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony	x	x	x	x
zdarzenia związane bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowane działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość	x	x	x	x
próba samobójstwa			x	
samookaleczenie lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności			x	x

BNP PARIBAS CARDIF

Pozostałe informacje	
Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	• Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie Okresu ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia może być złożone Ubezpieczycielowi również za pośrednictwem Agenta. • Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia przez Ubezpieczającego następuje z upływem okresu wypowiedzenia tj. z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi pisemne wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	• Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od zawarcia Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku Ochrona ubezpieczeniowa zakończy się w dniu, w którym Ubezpieczający złożył Ubezpieczycielowi oświadczenie o niniejszym odstąpieniu. • Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał Ochrony ubezpieczeniowej. • W przypadku, gdy Ubezpieczający odstąpi od Umowy kredytu Ubezpieczeni w ramach danej Umowy ubezpieczenia będą traktowani jako osoby nieubezpieczone.
Zasady i tryb zgłaszania Zdarzenia	• W przypadku zajścia Zdarzenia, Ty lub inna osoba powinna niezwłocznie zgłosić bezpośrednio Ubezpieczycielowi lub za pośrednictwem Agenta zajście Zdarzenia w formie pisemnej np.: na odpowiednim Formularzu Zgłoszenia Roszczeniaoraz dołączyć do niego wymagane dokumenty wskazane w art. 11 ust. 9 OWU. • Formularz Zgłoszenia Roszczenia otrzymasz od Agenta.
Zasady i tryb zgłaszania Reklamacji oraz ich rozpatrywania	• Reklamacje mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa lub przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl. • Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Reklamację w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji w formie oraz miejscu wskazanym powyżej. • Na żądanie Osoby składającej Reklamację Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej. • W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa powyżej Ubezpieczyciel określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji. • Osobie składającej Reklamację przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Reklamacji do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Reklamacji do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów. • Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Podmiot uprawniony do otrzymania Świadczenia	• Osoba, na rzecz której Ubezpieczony przeniósł wierzytelność do Świadczenia z Umowy ubezpieczenia w zakresie Zdarzeń innych niż Zgon Ubezpieczonego lub Zgon w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wskazana we Wnioskopolisie albo określona w OWU, która w przypadku zajścia ww. Zdarzenia jest uprawniona do otrzymania Świadczenia. • W przypadku wskazania przez Ubezpieczonego Uposażonego, Świadczenie z tytułu Zgonu i Zgonu w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wypłacane jest Uposażonemu. W przypadku, gdy Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych i nie określił ich udziału w Świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma żadnego z uprawnionych Uposażonych Świadczenie przypada najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności i w częściach:

Podmiot uprawniony do otrzymania Świadczenia	a) współmałżonek Ubezpieczonego, b) w równych częściach dzieci Ubezpieczonego - jeśli brak współmałżonka, c) w równych częściach rodzice Ubezpieczonego - jeśli brak dzieci i współmałżonka, d) w równych częściach rodzeństwo Ubezpieczonego - jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka, e) spadkobiercy Ubezpieczonego, z wyłączeniem Skarbu Państwa, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
Prawo właściwe, sąd właściwy i rozstrzyganie sporów	• W sprawach nieuregulowanych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. • Powództwa o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia. • Podmiotem właściwym dla Ubezpieczyciela do prowadzenia postępowania w sprawie rozwiązywania sporów konsumenckich w rozumieniu ustawy z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
Przepisy regulujące ewentualne opodatkowanie Świadczeń zakładu ubezpieczeń	• Świadczenia z Umowy ubezpieczenia są opodatkowane na podstawie ogólnie obowiązujących przepisów prawa polskiego. • W przypadku osób fi ycznych, Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia są wolne od podatku dochodowego zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fi ycznych (tekst jedn. Dz. U. z 2012 r., poz. 361, z późn. zm.). Świadczenia nie podlegające zwolnieniu z opodatkowania zostały enumeratywnie wymienione w wyżej wymienionej Ustawie. • W przypadku osób prawnych Świadczenia otrzymane z tytułu Umowy ubezpieczenia stanowią przychód zgodnie z postanowieniami art. 12 ust. 1 Ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych (tekst jedn. Dz. U. z 2014, poz. 851 z późn. zm.).

INFORMACJE DOTYCZĄCE AGENTA

BNP Paribas Bank Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (kod pocztowy 01-211), ul. Kasprzaka 10/16, spółka wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000011571, o numerze NIP: 526-10-08-546, posiadająca kapitał zakładowy wpłacony w całości w kwocie 147 418 918,00 PLN, na podstawie ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486) („Ustawa") informuje, że:

jest agentem ubezpieczeniowym, wykonującym działalność agencyjną pod firmą **BNP Paribas Bank Polska S.A.** z siedzibą w Warszawie, ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa;

1. wykonuje działalność agencyjną na rzecz wielu zakładów ubezpieczeń, tj:
   - **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.**
   - **Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce**
   - **AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Spółka Akcyjna**
   - **Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych**
   - **PZU S.A.**
   - **Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce**
   - **Inter Partner Assistance Societe Anonyme (Spółka Akcyjna) Oddział w Polsce**
   - **SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**
   - **Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO HESTIA S.A.**
   - **Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO HESTIA S.A.**
   - **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A.**
   - **AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**
   - **UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.**
   - **UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**
   - **Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Europa S.A.**
   - **Towarzystwo Ubezpieczeń Europa S.A.**
   - **Nationale - Nederlanden Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.**
   - **Generali Życie T.U. S.A.**
2. wpisany jest do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego pod numerem **11139025/A**.;
   Rejestr dostępny jest on-line na stronie https://au.knf.gov.pl/Au_online/.
   Wyszukiwarka umożliwia sprawdzenie, czy dany podmiot jest Agentem Ubezpieczeniowym. Osoby wykonujące czynności agencyjne widnieją w rejestrze agentów ubezpieczeniowych on-line pod nazwą PRACOWNICY;
3. w związku z proponowanym zawarciem Umowy ubezpieczenia otrzymuje prowizję uwzględnioną w kwocie składki ubezpieczeniowej. Agent może uzyskiwać także inne formy wynagrodzenia w postaci nagród konkursowych lub innych form premiowania sprzedaży;
4. nie posiada akcji albo udziałów Ubezpieczyciela uprawniających do co najmniej 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników oraz, że Ubezpieczyciel nie posiada akcji ani udziałów Agenta ubezpieczeniowego, uprawniających co najmniej do 10% głosów na walnym zgromadzeniu albo zgromadzeniu wspólników;

5. Klient może złożyć reklamację na działania Agenta, w zakresie niezwiązanym z ochroną ubezpieczeniową na zasadach opisanych poniżej

A. W przypadku, gdy Klient jest osobą fizyczną, reklamacja może być złożona przez Klienta:

- osobiście, składając ustną reklamację do protokołu w siedzibie Agenta lub jednostce organizacyjnej Agenta, przeznaczonej do obsługi Klienta,
- w formie pisemnej – składając podpisane przez siebie pismo osobiście lub za pośrednictwem kuriera, posłańca lub operatora pocztowego pod adresem: **BNP Paribas Bank Polska S.A.**, ul. Kasprzaka 10/16, 01-211 Warszawa lub w jednostce organizacyjnej Banku, przeznaczonej do obsługi Klienta,
- telefonicznie pod numerem 801 321 123 lub 22 134 00 00 (opłata zgodna z taryfą operatora),
- za pośrednictwem formularza kontaktowego, umieszczonego na stronie www.bnpparibas.pl,
- za pośrednictwem Bankowości Internetowej i Mobilnej,
- mailowo, do Rzecznika Banku na adres mailowy: rzecznik.klienta@ bnpparibas.pl

B. Agent rozpatruje oraz udziela odpowiedzi na złożoną reklamację w terminie nie dłuższym niż 30 dni kalendarzowych od daty jej wpływu. Termin, o którym mowa w poprzednim zdaniu może ulec wydłużeniu w przypadku spraw szczególnie skomplikowanych, wymagających dodatkowych wyjaśnień lub w przypadku nieotrzymania wszelkich niezbędnych informacji, o czym Agent niezwłocznie poinformuje Klienta wraz z podaniem powodów opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy i nowego, przewidywanego terminu rozpatrzenia reklamacji. Wydłużony termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi nie może być dłuższy, niż 60 dni od dnia wpływu reklamacji.

Agent przekazuje odpowiedź na złożoną reklamację w formie papierowej, wysyłając ją przesyłką pocztową na adres korespondencyjny Klienta albo – wyłącznie na wniosek Klienta - pocztą elektroniczną na wskazany przez Klienta adres e-mail lub za pośrednictwem Bankowości Internetowej.

Istnieje możliwość pozasądowego rozwiązania sporu Klienta z Agentem przed Rzecznikiem Finansowym lub też na zasadach określonych w ustawie o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich.