

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	rozd. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia.	rozd. 5 ust. 2 pkt 2 rozd. 10
3. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania.	rozd. 7

Rozdział 1. Postanowienia ogólne

1. Niniejsze Specjalne Warunki Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców, zwane dalej SWU/Pożyczka, mają zastosowanie do Umowy Ubezpieczenia Grupowego Pożyczkobiorców (Polisa nr BZ WBK L/01), zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. a BZ WBK Leasing S.A., na mocy której Ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko Śmierci, Czasowej niezdolności do pracy oraz Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.
2. Użyte w niniejszych SWU/Pożyczka określenia oznaczają:
 - 1) **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;
 - 2) **Czasowa niezdolność do pracy** – niemożność świadczenia przez Ubezpieczonego pracy lub prowadzenia własnej działalności gospodarczej, trwająca z tej samej przyczyny (chorobowej lub wypadkowej) nieprzerwanie przez okres co najmniej 60 dni, potwierdzona stosownym zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy i prawem do pobierania zasiłku chorobowego lub wynagrodzenia za okres choroby;
 - 3) **Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną** - wyrażone w formie pisemnej, pod rygorem nieważności, oświadczenie woli Ubezpieczonego, na mocy którego wyraża on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień uruchomienia pożyczki, jednak nie wcześniej niż dzień następujący po dniu złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną;
 - 5) **Dzień zajścia zdarzenia** -
 - a) w przypadku Śmierci – dzień zgonu, wskazany w akcie zgonu;
 - b) w przypadku Czasowej niezdolności do pracy – pierwszy dzień Czasowej niezdolności do pracy – pierwszy dzień czasowej niezdolności do pracy wskazany w orzeczeniu lekarskim o czasowej niezdolności do pracy;
 - c) w przypadku Pobytu w Szpitalu – dzień przyjęcia do szpitala zgodnie z dokumentacją związaną z pobytem Ubezpieczonego w szpitalu;
 - 6) **Harmonogram** - pierwotny Harmonogram spłat pożyczki, stanowiący jej integralną część, dołączony do umowy pożyczki w dniu jej zawarcia;
 - 7) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
 - 8) **Osoba składająca Skargę** – Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z Umowy ubezpieczenia;
 - 9) **Ośrodek** - placówki, zakłady, centra, oddziały, pododdziały, kliniki oraz wszelkie inne podmioty, których celem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych niezależnie od stosowanego nazewnictwa oraz przynależności administracyjnej lub organizacyjnej;
 - 10) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, będąca obywatelem lub rezydentem Rzeczypospolitej Polskiej, w tym osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, wspólnik/cy spółki prawa cywilnego oraz spółka prawa handlowego reprezentowana przez osobą fizyczną, która zawarła umowę pożyczki z Pożyczkodawcą;
 - 11) **Pobyt w Szpitalu (hospitalizacja)** – potwierdzony odpowiednią dokumentacją medyczną, stały, nieprzerwany Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu celem leczenia choroby lub obrażeń ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego wypadku, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie zdrowia Ubezpieczonego, trwający nieprzerwanie co najmniej: 7 dni - w przypadku Choroby lub co najmniej 3 dni - w przypadku następstw Nieszczęśliwego wypadku, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu ze Szpitala, a datą przyjęcia do Szpitala;
 - 12) **Początkowa kwota pożyczki** – kwota łącznego zobowiązania Pożyczkobiorcy wobec Pożyczkodawcy, wskazana w Harmonogramie, obejmująca kapitał wraz z opłatami dodatkowymi wynikającymi z zawarcia umowy pożyczki naliczonymi w dniu zawarcia umowy pożyczki (tj. prowizja za udzielenie pożyczki, składka za ubezpieczenie);
 - 13) **Rata pożyczki** - kwota, której wysokość oraz termin spłaty wskazane są w Harmonogramie, obejmująca zarówno kapitał, jak i należne odsetki obliczone od nieprzetworzonej części kapitału, zgodnie z oprocentowaniem oraz na warunkach wskazanych w umowie pożyczki;

- 14) **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;
- 15) **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;
- 16) **Śmierć** - śmierć Ubezpieczonego na skutek jakiegokolwiek przyczyny;
- 17) **Świadczenie** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, odpowiednio Uposażonemu lub Uprawnionemu;
- 18) **Ubezpieczenie** – ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Ubezpieczyciela na warunkach Umowy ubezpieczenia oraz SWU/Pożyczka, w razie zajścia zdarzeń w nich przewidzianych;
- 19) **Ubezpieczający** – Pożyczkodawca - BZ WBK Leasing S.A., z siedzibą w Poznaniu przy ul. Chlebowej 4/8;
- 20) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, która podpisała Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną, objęta ubezpieczeniem, będąca Pożyczkobiorcą. W przypadku, gdy Pożyczkobiorcą jest spółka prawa handlowego lub spółka prawa cywilnego, Ubezpieczonym jest osoba fizyczna lub osoby fizyczne reprezentujące daną spółkę;
- 21) **Ubezpieczyciel** - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa;
- 22) **Umowa pożyczki** – umowa pożyczki zawarta między Pożyczkodawcą a Pożyczkobiorcą;
- 23) **Uposażony** – podmiot wskazany przez Ubezpieczonego w Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, któremu jest wypłacane świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego;
- 24) **Uprawniony** - podmiot wskazany przez Ubezpieczonego w Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, jako uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku wystąpienia zdarzeń innych niż śmierć Ubezpieczonego;
- 25) **Uruchomienie umowy pożyczki** – zmiana statusu umowy na aktywną, co następuje po wypłacie kwoty pożyczki oraz ustaleniu ostatecznego Harmonogramu pożyczki;
- 26) **Wiek** – liczba ukończonych lat życia.

Rozdział 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie w razie zajścia następujących zdarzeń w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) Śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) Czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 3) Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego.
3. W razie zajścia zdarzeń, o których mowa w ust. 2 powyżej, odpowiedzialność Ubezpieczyciela polega na wypłacie Uposażonemu, lub odpowiednio Uprawnionemu, świadczenia w wysokości określonej w Rozdziale 6, z zastrzeżeniem postanowień SWU/Pożyczka.

Rozdział 3. Objęcie ubezpieczeniem

1. Ubezpieczeniem może zostać objęta każda osoba fizyczna, która spełniła łącznie następujące warunki:
 - 1) podpisała Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną,

- 2) jej wiek, wraz z okresem kredytowania, nie przekracza 65 lat,
 - 3) zawarła umowę pożyczki lub umowy pożyczek na łączną kwotę początkową nieprzekraczającą 400.000 PLN, z zastrzeżeniem, że ograniczenie dotyczy wyłącznie pożyczek udzielonych w ramach obowiązujących umów pożyczek, przy zawieraniu, których Pożyczkobiorca objęty został Ubezpieczeniem.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową Pożyczkobiorców, którzy zawarli umowę pożyczki(ek) na kwotę początkową wyższą niż 400.000 PLN, wymaga każdorazowo pisemnej zgody Ubezpieczyciela. Przy obliczaniu kwot pożyczek pod uwagę brana jest łączna kwota aktualnego zadłużenia z tytułu kapitału na dzień zawarcia umowy udzielanej pożyczki.
 3. Wobec Pożyczkobiorców, o których mowa w ust. 2, w celu akceptacji ryzyka, Ubezpieczyciel może zażądać wypełnienia przez Pożyczkobiorcę Kwestionariusza Medycznego oraz dodatkowo przeprowadzenia badań lekarskich w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela (na koszt Ubezpieczyciela) w zakresie niezbędnym do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego.
 4. Jeżeli w ramach jednej Umowy pożyczki jest wielu Kredytobiorców, wówczas Ubezpieczeniem muszą być objęte wszystkie te osoby po spełnieniu wymogów określonych w niniejszym Rozdziale.
 5. W ramach jednej umowy pożyczki ubezpieczeniem mogą być objęte maksymalnie 3 osoby, przy czym w trakcie trwania ubezpieczenia Ubezpieczający nie może zgłosić do ubezpieczenia kolejnych osób.
 6. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach jednej umowy pożyczki więcej niż jednej osoby, wysokość sum ubezpieczenia określonych w Rozdziale 6 jest dzielona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

Rozdział 4. Rezygnacja Ubezpieczonego z ubezpieczenia w trakcie trwania ochrony

1. Ubezpieczony może zrezygnować z ubezpieczenia w formie pisemnej. Rezygnację uznaje się skuteczną z upływem 30 dnia licząc od dnia, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia. Rezygnacja ta jest skuteczna względem wszystkich Ubezpieczonych.
2. Skuteczne odstąpienie od umowy pożyczki jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
3. Rezygnacja z ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej (zapłacona składka nie podlega zwrotowi za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej).

Rozdział 5. Początek odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. Objęcie Pożyczkobiorcy ubezpieczeniem następuje po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 3, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego Rozdziału.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego rozpoczyna się w późniejszej z poniższych dat:
 - 1) w przypadku ryzyka: Śmierci oraz Pobytu w szpitalu – w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) w przypadku ryzyka Czasowej niezdolności do pracy: 90 dnia po Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Jeżeli Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed opłaceniem składki, przysługuje mu składka za okres, w którym udzielał on ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 6. Sumy ubezpieczenia - wysokość świadczenia

1. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego równa jest kapitałowi pożyczki pozostającemu do spłaty w dniu zajścia zdarzenia, zgodnie z Harmonogramem, z wyłączeniem należnych odsetek oraz zadłużenia przeterminowanego, z zastrzeżeniem ust. 16, jednak nie więcej niż (w zależności od Wariantu ubezpieczenia):
 - 1) Wariant 1: 100.000 PLN,

- 2) Wariant 2: 250.000 PLN,
 - 3) Wariant 3: 400.000 PLN.
2. Suma ubezpieczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy lub Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego równa jest dla każdego z tych ryzyk, sześciokrotności raty pożyczki, której termin płatności, zgodnie z Harmonogramem, upłynął bezpośrednio przed datą wystąpienia zdarzenia, z zastrzeżeniem ust. 16, jednak nie więcej niż (w zależności od Wariantu ubezpieczenia):
 - 1) w ramach Wariantu 1: 24.000 PLN,
 - 2) w ramach Wariantu 2 oraz Wariantu 3: 36.000 PLN.
 3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia określonej w ust. 1 niniejszego Rozdziału.
 4. W przypadku wystąpienia czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca pierwsze świadczenie równe kwocie raty pożyczki przypadającej do zapłaty po 60 dniach nieprzerwanej czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 14 niniejszego Rozdziału.
 5. W przypadku, gdy czasowa niezdolność do pracy, o której mowa w ust. 4 ulega przedłużeniu - za każde kolejne 30 dni nieprzerwanej niezdolności, Ubezpieczyciel wypłaca kolejne świadczenie w wysokości określonej ust. 4, z zastrzeżeniem ust. 14 niniejszego Rozdziału.
 6. Świadczenie, o których mowa w ust. 4 i 5, przestaje być należne począwszy od pierwszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) dnia, w którym lekarz orzecznik wydał orzeczenie o trwałej niezdolności Ubezpieczonego do pracy lub Ubezpieczony nabył uprawnienia do renty z ubezpieczenia społecznego,
 - 2) pierwszego dnia po zakończeniu okresu czasowej niezdolności do pracy.
 7. Jeżeli nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi przed upływem 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu ostatniej czasowej niezdolności do pracy, Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 4, przypadającego na okres kolejnej niezdolności do pracy, od pierwszego dnia nawrotu niezdolności.
 8. Jeżeli nawrót czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego w wyniku tej samej przyczyny nastąpi po upływie 60 dni licząc od dnia zakończenia okresu ostatniej czasowej niezdolności do pracy, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie ubezpieczeniowe. W takim przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczenia, o którym mowa w ust. 4, przypadających na okres kolejnej niezdolności do pracy po upływie 60 kolejnych dni kolejnej niezdolności do pracy.
 9. W przypadku Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca pierwsze świadczenie w wysokości jednej raty pożyczki, której termin płatności, zgodnie z Harmonogramem, upłynął bezpośrednio przed nieprzerwanym Pobytom w szpitalu, trwającym minimum:
 - 1) 3 dni, w przypadku, gdy Pobyt w szpitalu spowodowany został Nieszczęśliwym wypadkiem, lub:
 - 2) 7 dni, w przypadku, gdy Pobyt w szpitalu spowodowany został chorobą,z zastrzeżeniem ust. 14 niniejszego Rozdziału.
 10. W przypadku, gdy Pobyt w szpitalu, o którym mowa w ust. 9 ulega przedłużeniu - za każde 30 dni nieprzerwanej hospitalizacji, licząc od pierwszego dnia Pobytu w szpitalu, Ubezpieczyciel wypłaca kolejne świadczenie w wysokości określonej ust. 9, z zastrzeżeniem ust. 14 niniejszego Rozdziału.
 11. Jeżeli kolejny Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, w wyniku tej samej przyczyny, nastąpi przed upływem 90 dni licząc od dnia zakończenia ostatniej hospitalizacji, Ubezpieczyciel kontynuuje realizację świadczenia przypadającego na okres kolejnej hospitalizacji zgodnie z postanowieniami ust. 10 niniejszego Rozdziału.
 12. Jeżeli kolejny Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego, w wyniku tej samej przyczyny, nastąpi po upływie 90 dni licząc od dnia zakończenia ostatniej hospitalizacji, będzie on traktowany jako nowe zdarzenie wywołujące obowiązek świadczenia. W takim

przypadku Ubezpieczyciel rozpoczyna realizację świadczeń przypadających na okres kolejnej hospitalizacji zgodnie z postanowieniami ust. 8-9 (odpowiednio) niniejszego Rozdziału.

13. W przypadku, gdy w danym okresie Uprawnionemu przysługuje prawo do otrzymania świadczenia zarówno z tytułu czasowej niezdolności do pracy jak również z tytułu Pobytu w szpitalu, odpowiedzialność Ubezpieczyciela będzie ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia z tytułu Pobytu w szpitalu.
14. Maksymalna wysokość pojedynczego świadczenia z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub z tytułu Pobytu w szpitalu uzależniona jest od Wariantu ubezpieczenia i wynosi (z zastrzeżeniem ust. 16 niniejszego Rozdziału):
 - 1) w ramach Wariantu 1: 4.000 PLN,
 - 2) w ramach Wariantu 2 oraz Wariantu 3: 6 000 PLN
15. Maksymalna liczba świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy lub Pobytu w szpitalu Ubezpieczonego, odpowiednio dla każdego z tych ryzyk, nie może przekroczyć 6, bez względu na liczbę zdarzeń, w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego.
16. W przypadku objęcia ochroną ubezpieczeniową więcej niż jednej osoby, w ramach jednej umowy pożyczki, wysokość sum oraz limitów ubezpieczenia wskazanych w ust. 1,2 oraz 14 niniejszego Rozdziału jest dzielona proporcjonalnie do liczby Ubezpieczonych.

Rozdział 7. Składka ubezpieczeniowa

1. Składka jest płatna przez Ubezpieczającego na zasadach wskazanych w SWU oraz Umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku wygaśnięcia Ochrony ubezpieczeniowej przed upływem Okresu ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Rozdział 8. Uprawnienie do świadczenia i wypłata świadczenia

1. Świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną udzieloną przez Ubezpieczyciela, wypłacane są odpowiednio Uposażonemu lub Uprawnionemu.
2. Jeżeli nastąpiła wcześniejsza spłata Pożyczki albo jeżeli należne świadczenie przewyższa Saldo zadłużenia, wówczas:
 - 1) świadczenie z tytułu śmierci jest wypłacane następującym osobom w kolejności: małżonek, dzieci, rodzice, inni ustawowi spadkobiercy. Świadczenie obliczane jest na dzień śmierci i równe jest kapitałowi pożyczki pozostającemu do spłaty w tym dniu, zgodnie z Harmonogramem,
 - 2) świadczenie z tytułu czasowej niezdolności do pracy wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane jest na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 4-7, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 6 ust. 13-16,
 - 3) świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu wypłacane jest Ubezpieczonemu. Świadczenie obliczane jest na zasadach opisanych w Rozdziale 6 ust. 8-12, z zastrzeżeniem postanowień Rozdziału 6 ust. 13-16.
3. Wniosek o wypłatę świadczenia, wraz z odpowiednimi dokumentami, Ubezpieczony lub inna osoba zgłaszająca roszczenie, zobowiązana jest zgłosić do Ubezpieczyciela niezwłocznie po powzięciu wiadomości o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na

- czydy rachunek, zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W takim przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
5. Wniosek o wypłatę świadczenia Ubezpieczyciel rozpatruje najpóźniej w ciągu 30 dni od daty otrzymania zgłoszenia roszczenia wraz ze wszystkimi niezbędnymi dokumentami.
 6. Gdyby wyjaśnienie, w terminie o którym mowa w ust. 5 powyżej, okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie 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, o którym mowa w ust. 5.
 7. W celu rozpatrzenia roszczenia i wypłaty świadczenia wymagane jest doręczenie Ubezpieczycielowi następujących dokumentów:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - a) prawidłowo wypełniony Formularz Zgłoszenia Roszczenia,
 - b) dokument określający przyczynę śmierci (np.: karta zgonu, karta statystyczna, zaświadczenie lekarskie, karta informacyjna ze szpitala, karta wyjazdowa pogotowia ratunkowego, protokół sekcji zwłok itp.);
 - c) dokument opisujący okoliczności zajścia zdarzenia (np.: raport policyjny z miejsca wypadku lub decyzja o umorzeniu śledztwa prowadzonego przez prokuraturę lub inne dokumenty potwierdzające wystąpienie zdarzenia);
 - d) dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - f) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną – dostarcza Ubezpieczający;
 - g) informacja o saldzie zadłużenia w dniu śmierci – dostarcza Ubezpieczający;
 - 2) w przypadku czasowej niezdolności do pracy:
 - a) prawidłowo wypełniony Formularz Zgłoszenia Roszczenia;
 - b) zaświadczenie lekarskie (druk ZUS ZLA) określające okres przerwy w pracy;
 - c) dowody wypłat przez pracodawcę wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy lub zasiłku chorobowego przez ZUS,
 - d) 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);
 - e) dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - f) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna);
 - g) Harmonogram – dostarcza Ubezpieczający,
 - h) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną – dostarcza Ubezpieczający,
 - i) oraz każdorazowo, przed wypłatą pojedynczego świadczenia miesięcznego - - dowody wypłat zasiłku chorobowego z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;
 - 3) w przypadku Pobytu w szpitalu:
 - a) prawidłowo wypełniony Formularz Zgłoszenia Roszczenia,
 - b) dokumentacja medyczna potwierdzająca Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego);
 - c) 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) lub dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie choroby;
 - d) dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego;
 - e) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).
 - f) Harmonogram – dostarcza Ubezpieczający,
 - g) Deklaracja Zgody na Objęcie Ochroną – dostarcza Ubezpieczający.
 8. Wszelkie dokumenty załączone do wniosku o wypłatę świadczenia, powinny być dostarczone w oryginałach, odpisach lub kopiach poświadczonych przez Ubezpieczającego lub uprawniony organ.
 9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż 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, w terminie 30 dni od daty zgłoszenia wniosku o realizację świadczenia, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą bądź częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja Ubezpieczyciela będzie zawierać pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- ## Rozdział 9. Obowiązki Ubezpieczonego
1. W razie potrzeby, na prośbę i na koszt Ubezpieczyciela, Ubezpieczony powinien poddać się badaniom lekarskim u lekarza wyznaczonego przez Ubezpieczyciela. Informacje dotyczące wyników badań, udzielone Ubezpieczycielowi, będą wykorzystane jedynie dla potrzeb związanych z zarządzaniem ubezpieczeniem.
 2. Ubezpieczyciel może żądać przeprowadzenia badania lekarskiego w celu akceptacji ryzyka lub przyznania świadczenia, przy czym koszty tych badań zostaną pokryte przez Ubezpieczyciela.
 3. Deklarację Zgody na Objęcie Ochroną Ubezpieczony powinien złożyć w formie pisemnej na udostępnionym przez Ubezpieczającego formularzu.
 4. Wniosek o wypłatę świadczenia (Formularz Zgłoszenia Roszczenia), Ubezpieczony powinien składać na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, udostępnionym mu przez Ubezpieczającego.
 5. Ubezpieczony ma obowiązek informować Ubezpieczyciela o zmianie swoich danych osobowych.
 6. Udzielenie przez Ubezpieczonego informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych, może stanowić podstawę do odmowy wypłaty świadczenia, z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. może powoływać się na ten zarzut, jeżeli zdarzenie to było związane z zatajeniem choroby oraz miało miejsce w ciągu 3 pierwszych lat od dnia podpisania Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną, a udzielenie informacji niezgodnych z prawdą lub niekompletnych miało wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia lub odpowiedzialności ubezpieczyciela.
- ## Rozdział 10. Wygaśnięcie ubezpieczenia
1. Ubezpieczenie wygasa:

- 1) ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony osiągnął wiek 65 lat - w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 2) w dniu określonym w umowie pożyczki jako dzień spłaty ostatniej raty pożyczki (zgodnie z Harmonogramem) - w stosunku do każdego Ubezpieczonego,
 - 3) o godzinie 24:00 w dniu śmierci Ubezpieczonego - w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 4) w odniesieniu do czasowej niezdolności do pracy - w dniu orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych trwałej i całkowitej niezdolności do pracy - w stosunku do danego Ubezpieczonego,
 - 5) w terminie 30 dni od wskazanego w umowie ubezpieczenia terminu płatności składki za danego Ubezpieczonego, w przypadku nieopłacenia całości składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczającego - w stosunku do każdego Ubezpieczonego,
 - 6) z upływem 30 dnia licząc od dnia, w którym Ubezpieczający otrzymał od Ubezpieczonego pisemne oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia - w stosunku do każdego Ubezpieczonego,
 - 7) w dniu rozwiązania lub odstąpienia od umowy pożyczki przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego z uwzględnieniem ust. 2 - w stosunku do każdego Ubezpieczonego.
2. W przypadku wcześniejszej całkowitej spłaty pożyczki ochrona ubezpieczeniowa trwa do dnia, w którym przypada termin spłaty ostatniej raty pożyczki przewidziany w Harmonogramie, z uwzględnieniem postanowień Rozdziału 7, ust. 2.

Rozdział 11. Wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - 1) samobójstwem, które miało miejsce w ciągu dwóch pierwszych lat od dnia złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną,
 - 2) pozostawianiem 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,
 - 3) 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,
 - 4) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 5) następstwami i konsekwencjami chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 24 miesięcy przed dniem złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku, gdy zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 6) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 7) udziałem w zawodach oraz wyczynowym i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki.
2. W przypadku Pobytu w szpitalu odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy zajście zdarzenia objętego ubezpieczeniem nastąpiło w związku z:
 - 1) pozostawianiem 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,
 - 2) 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,
 - 3) zdarzeniem związanym bezpośrednio ze skażeniem chemicznym lub radioaktywnym na skalę masową, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 4) następstwami i konsekwencjami chorób lub wypadków rozpoznanych lub leczonych w okresie 24 miesięcy przed dniem złożenia Deklaracji Zgody na Objęcie Ochroną w przypadku, gdy zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową wystąpi w ciągu pierwszych 36 miesięcy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 5) usiłowaniami lub popełnieniem przez Ubezpieczonego przestępstwa;
 - 6) udziałem w zawodach oraz wyczynowym i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe lub motorowodne, lotnicze, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, nurkowanie z wykorzystaniem specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, spadochronowe, na linie, sporty walki,

- 7) samookaleczeniem lub uszkodzeniem ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 8) poddaniem się przez Ubezpieczonego operacji plastycznej lub kosmetycznej, chyba że była ona niezbędna w celu usunięcia skutków Nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ Ubezpieczony.
4. Świadczenie z tytułu Pobytu w szpitalu nie zostanie wypłacone, jeżeli Pobyt ten związany był z przebywaniem w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, hospicjum, domu opieki pielęgniarstwa lub długoterminowej, ośrodka dla psychicznie chorych lub leczenia nerwic lub zaburzeń zachowania, ośrodka leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych lub alkoholowych, ośrodka zajmującym się usprawnianiem, rehabilitacją lub rekonwalescencją, sanatorium, uzdrowisku lub ośrodka wypoczynkowym, nawet, jeśli stanowią organizacyjną część szpitala.

Rozdział 12. Sposób i tryb składania Skarg

1. Skargi mogą być składane pisemnie w siedzibie Ubezpieczyciela, przy pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, przesyłką pocztową, telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym na stronie internetowej www.cardif.pl, e-mailem pod adresem: reklamacje@cardif.pl lub za pośrednictwem formularza zgłoszeniowego zamieszczonego na stronie internetowej www.cardif.pl.
2. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na Skargę w formie papierowej lub na trwałym nośniku informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych w terminie 30 dni od dnia otrzymania Skargi w formie oraz miejscu wskazanym w ust. 1 powyżej. Na żądanie Osoby składającej Skargę Ubezpieczyciel może udzielić odpowiedzi, o której mowa w zdaniu poprzednim, za pośrednictwem poczty elektronicznej.
3. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Skargi i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 2 niniejszego rozdziału, Ubezpieczyciel wyjaśnia przyczynę opóźnienia, wskazuje okoliczności od ustalenia których zależy rozpatrzenie Skargi, a także określa przewidywany termin rozpatrzenia Skargi i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Skargi.
4. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia Skarg złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, Osoba składająca Skargę może wnieść Skargę do Zarządu Ubezpieczyciela.
6. Osobie składającej Skargę przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie Skargi do Rzecznika Finansowego lub wniesienia Skargi do Miejskich lub Powiatowych Rzeczników Konsumentów.
7. 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.
8. Na żądanie Osoby składającej Skargę, Ubezpieczyciel wystawi potwierdzenie wpłynięcia Skargi pisemnie albo w innej formie wskazanej przez Osobę składającą Skargę.
9. Złożenie Skargi niezwłocznie po powzięciu przez Osobę składającą Skargę zastrzeżeń, ułatwi i przyspieszy rozpatrzenie Skargi.

10. 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.
11. Informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania Skarg udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela

Rozdział 13. Opodatkowanie świadczeń

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

Rozdział 14. Sąd właściwy i rozstrzygnięcie sporów

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Sprawy sporne, wynikające z Umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

Rozdział 15. 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.

Rozdział 16. Postanowienia końcowe

1. Umowa może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych SWU/Pożyczka.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych SWU/Pożyczka mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.cardif.pl oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.